

katholieke hogeschool  
associatie KU Leuven



VIVES studiegebied sociaal-agogisch werk  
Doorniksesteenweg 145 - B-8500 Kortrijk  
Tel.: 056 26 41 50 Fax: 056 21 58 03

## **MOEDERZIEL ALLEEN**

**Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar eenzaamheid en psychische problemen  
bij moeders in de eerste drie jaren na de geboorte van een kind**

**Claes Lee**

Opleiding:  
BACHELOR TOEGEPASTE PSYCHOLOGIE  
Afstudeerrichting:  
Klinische psychologie

**Academiejaar 2019-2020**



katholieke hogeschool  
associatie KU Leuven



VIVES studiegebied sociaal-agogisch werk  
Doorniksesteenweg 145 - B-8500 Kortrijk  
Tel.: 056 26 41 50 Fax: 056 21 58 03

## **MOEDERZIEL ALLEEN**

**Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar eenzaamheid en psychische problemen  
bij moeders in de eerste drie jaren na de geboorte van een kind**

**Claes Lee**

Opleiding:  
BACHELOR TOEGEPASTE PSYCHOLOGIE  
Afstudeerrichting:  
Klinische psychologie

**Academiejaar 2019-2020**

# Samenvatting

Een kind krijgen, kan een grote impact hebben op het leven van moeders. We stelden vast dat een aantal moeders na de zwangerschap eenzaamheidsgevoelens ervaren. Aangezien deze vaststelling gebaseerd is op een beperkt aantal moeders, is verder onderzoek aangewezen.

In dit onderzoek naar eenzaamheid bij moeders stellen we vier onderzoeksvragen voorop: ten eerste "*Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid?*", ten tweede "*Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?*", ten derde "*Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?*" en ten vierde "*Welke handvaten en tips kunnen we aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?*". Op basis van deze vier onderzoeksvragen, formuleerden we vier relevante onderzoeksdoelen.

In hoofdstuk twee bespreken we het begrip "sociale isolatie", gevolgd door het begrip "eenzaamheid" in hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier bespreken we de impact die het moederschap kan hebben. In hoofdstuk vijf behandelen we een aantal psychische problemen waarmee moeders na de geboorte te maken kunnen krijgen. Hoofdstuk zes betreft een integratief hoofdstuk waarin wetenschappelijke onderzoeken rond het moederschap, eenzaamheid en psychische problemen worden besproken. In hoofdstuk zeven volgt het onderzoekgedeelte waarin het praktijkonderzoek uitgebreid besproken wordt. Vervolgens sluiten we af met een algemeen besluit en voegen we een brochure met handvaten en tips toe.

Het onderzoek betreft een exploratief onderzoek waarin het begrip eenzaamheid niet nader gedefinieerd wordt. De beleving staat hierbij centraal. Er werd een kwalitatieve vragenlijst afgenomen bij 34 Vlaamse moeders en een kwantitatieve vragenlijst bij 242 Vlaamse moeders. Er is sprake van een selecte steekproeftrekking bij moeders die lid zijn van moedergroepen op Facebook. Daarnaast werden vijftien professionals bevraagd.

Uit de resultaten blijkt dat 74,7% van de bevraagde moeders eenzaamheid ervaren hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. De oorzaken hiervoor zijn uiteenlopend. Daarnaast blijkt er een zwak verband te zijn tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte. Dit laatste dient nader onderzocht te worden. Bij de resultaten dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen waaronder de geselecteerde doelgroep, de periode van het onderzoek en bepaalde vraagstellingen. In de brochure worden handvaten vermeld ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders.

# Wetenschappelijke poster

## Moederziel alleen

Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de eerste drie jaren na de geboorte van een kind



Lee Claes

Professionele Bachelor in de Toegepaste Psychologie

### Probleemstelling

Tussen 2018 en 2020 stelden we vast dat een aantal moeders aangaven dat ze gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben tijdens de baby- en peuterfase van hun kind. Deze doelgroep is echter te beperkt om slechts op basis van enkele individuen uitspraken te doen.

We onderzoeken of moeders gevoelens van eenzaamheid ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

We onderzoeken welke oorzaken ten grondslag liggen aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

We onderzoeken of er een samenhang te vinden is tussen eenzaamheid en psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

We formuleren praktische handvaten en tips ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders aan de hand van een brochure.

### Resultaten

#### Prevalentie eenzaamheid

We stelden vast dat 74,7% van de bevroegde respondenten ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren heeft in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

#### Oorzaken eenzaamheid

Er werden oorzaken gevonden met betrekking tot fysieke en psycho-emotionele factoren van de moeder en van het kind, tijdsbesteding en zorg voor het kind, maatschappelijke factoren, tewerkstelling, zorg en professionele hulpverlening, sociale factoren, partner(relatie), vriendschappen, familie, emotionele ondersteuning, praktische ondersteuning, opvoeding of pedagogische visie en situationele factoren.

#### Verband eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte

We vonden een zwak verband (Cramér's  $V = 0.24$ ). Dit verband is significant ( $\chi^2 = 13,12$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ).

### Methode

Het onderzoek betreft een exploratief onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Voorafgaand werd een uitgebreid literatuuronderzoek gevoerd.

#### Steekproeftrekking

We kozen voor een selecte steekproeftrekking. De vragenlijsten werden gedeeld in verschillende moedergroepen op Facebook.

#### Kwalitatief onderzoek

We peilden naar de beleving en oorzaken van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte door middel van een online semi-gestructureerde vragenlijst. Het begrip eenzaamheid werd hierbij niet gedefinieerd. De vragenlijst werd gedeeld in drie verschillende moedergroepen. Er namen 34 respondenten deel.

#### Kwantitatief onderzoek

We peilden naar de aan- of afwezigheid van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen voor en na de geboorte door middel van een online gestructureerde vragenlijst. De begrippen eenzaamheid en psychische problemen werden hierbij niet gedefinieerd. De vragenlijst werd gedeeld in acht verschillende moedergroepen. Er namen 242 respondenten deel.

#### Bevraging professionals

Er werden vijftien professionals geïnterviewd. We stelden vragen omtrent de oorzaken, preventie en aanpak van eenzaamheid.

#### Noot

In het kader van de corona-maatregelen werd de onderzoeksopzet gewijzigd van diepte-interviews naar online vragenlijsten.

### Besluit

We stellen vast dat eenzaamheid bij moeders niet eenzijdig te definiëren is en verschillende vormen kan aannemen. Meerdere oorzaken kunnen hierin een rol spelen. Dit beiden wordt ondersteund vanuit de literatuur omtrent eenzaamheid in het algemeen. De oorzaken van eenzaamheid bij moeders kunnen gekoppeld zijn aan het moederschap maar dat hoeft niet noodzakelijk zo te zijn.

We stellen vast dat een groot aantal van de onderzochte moeders na de geboorte ooit te maken kreeg met gevoelens van eenzaamheid. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het ruimte tijdsbesteding waarover we bevraging deden, namelijk tot drie jaar na de geboorte.

We vonden slechts een zwak verband tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte. Dit sluit niet aan bij de verwachte resultaten op basis van de literatuur. Er dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen waaronder de wijze van vraagstelling. Algemeen concluderen we dat we niet met voldoende zekerheid kunnen vaststellen of er al dan niet een verband is tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte, wat betreft onze onderzochte doelgroep. Verder onderzoek is aangewezen.

Bij de interpretatie van alle resultaten dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen waaronder de doelgroep, de periode waarin het onderzoek plaatsvond en de wijze van vraagstelling. Omdat het om een selecte steekproef gaat, mogen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar de volledige populatie.

### Productontwikkeling

De brochure biedt een verscheidenheid aan praktische handvaten en tips waarmee moeders zelf aan de slag kunnen gaan ter preventie en aanpak van eenzaamheid. De brochure kwam tot stand dankzij de medewerking van vijftien professionals.

Iedere situatie, iedere moeder en iedere beleving van eenzaamheid is anders. Wat voor de ene moeder werkt, werkt daarom niet voor de andere. Daarom kunnen moeders zelf kiezen met welke handvaten ze aan de slag willen gaan.



Katholieke Hogeschool VIVES  
Doorniksesteenweg 545, B-8500 KORTRIJK  
Tel: +32 56 26 41 60  
E-mail: [research@vives.be](mailto:research@vives.be)  
[www.vives.be/research](http://www.vives.be/research)

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	6
Voorwoord .....	10
Lijst met bijzondere afkortingen .....	11
Lijst met gebruikte tabellen/grafieken/figuren .....	12
1 Algemene inleiding .....	13
2 Sociale isolatie.....	18
2.1 Definitie .....	18
2.2 Verschil sociale isolatie en eenzaamheid.....	18
2.2.1 Objectieve sociale isolatie.....	19
2.2.2 Subjectieve sociale isolatie .....	19
2.2.3 Conclusie .....	20
2.3 Oorzaken van sociale isolatie .....	20
2.4 Gevolgen van sociale isolatie .....	21
2.5 Meetbaarheid van sociaal isolement.....	21
2.5.1 Sociale contacttypologie.....	21
2.6 Tot slot .....	22
3 Eenzaamheid.....	23
3.1 Definitie .....	23
3.2 Soorten eenzaamheid .....	24
3.2.1 Sociale eenzaamheid .....	24
3.2.2 Emotionele eenzaamheid.....	25
3.2.3 Existentiële eenzaamheid .....	25
3.2.4 Situationele eenzaamheid.....	26
3.2.5 Voorbijgaande eenzaamheid .....	26
3.2.6 Chronische eenzaamheid.....	27
3.2.7 State- en trait-eenzaamheid .....	27
3.2.8 Genetische eenzaamheid.....	27
3.2.9 Overige soorten eenzaamheid .....	28

3.3	Oorzaken van eenzaamheid .....	28
3.3.1	Oorzaken en risicofactoren .....	29
3.3.2	Cognitieve discrepantie theorie .....	31
3.3.3	Biologische invalshoek .....	33
3.3.4	Evolutionaire benadering.....	33
3.3.5	Het lagenmodel van eenzaamheid .....	33
3.4	Beschermdende factoren voor eenzaamheid .....	38
3.5	Gevolgen van eenzaamheid .....	40
3.6	Aanpak van eenzaamheid.....	41
3.6.1	Individuele aanpak en verwerking .....	41
3.6.2	Eenzaamheidsinterventies .....	42
3.7	Meetbaarheid van eenzaamheid .....	45
3.7.1	University of California, Los Angeles loneliness scale van Russell, Peplau en Ferguson .....	45
3.7.2	Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld.....	45
3.7.3	Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst van Jeanette Rijks .....	45
3.8	Tot slot .....	46
4	De impact van het moederschap .....	47
4.1	Het moederschap als life-event .....	47
4.1.1	Stressschaal van Holmes en Rahe .....	48
4.2	Het biologische aspect .....	50
4.2.1	Lichamelijke veranderingen .....	50
4.2.2	Hormonale veranderingen .....	51
4.2.3	Lichamelijke problemen en emotioneel welzijn .....	51
4.3	Het psycho-emotionele aspect .....	51
4.3.1	Algemeen.....	52
4.3.2	Babyblues .....	52
4.3.3	Moederrouw .....	53
4.3.4	Matrescentie.....	55
4.3.5	Psychische problemen.....	56

4.4	Het sociale aspect .....	56
4.4.1	Posities en rollen .....	57
4.4.2	Partnerrelatie.....	57
4.4.3	Sociale steun .....	59
4.4.4	Eenzaamheid en sociale isolatie.....	59
4.5	Tot slot .....	60
5	Psychische problemen .....	61
5.1	Algemeen.....	61
5.2	Babyblues .....	62
5.3	Postpartum depressie .....	63
5.4	Postpartum psychose.....	64
5.5	Postpartum angststoornis.....	65
5.6	Posttraumatische stressstoornis .....	66
5.7	(Parentale) burn-out.....	67
5.8	Tot slot .....	68
6	Moederschap, eenzaamheid en psychische problemen .....	69
6.1	Prevalentie eenzaamheid.....	69
6.2	Eenzaamheid, psychische problemen en gezondheidsproblemen.....	71
6.3	Eenzaamheid en partnerrelatie.....	72
6.4	Effecten van peer-support .....	73
6.5	Besluit .....	73
6.6	Tot slot .....	74
7	Onderzoek .....	75
7.1	Probleemstelling.....	75
7.2	Methode.....	76
7.2.1	Onderzoeksopzet.....	77
7.2.2	Meetinstrumenten .....	79
7.2.3	Onderzoeksdoelgroep .....	85
7.2.4	Tijd en ruimte.....	88
7.2.5	Tot slot .....	89



7.3	Resultaten .....	90
7.3.1	Prevalentie van eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte ...	90
7.3.2	Samenhangen tussen eenzaamheid en psychische problemen.....	94
7.3.3	Ervaring van eenzaamheid .....	98
7.3.4	Oorzaken van eenzaamheid.....	99
7.3.5	Psychische problemen.....	116
7.3.6	Preventie en aanpak van eenzaamheid .....	118
7.3.7	Tot slot .....	119
7.4	Discussie.....	119
7.4.1	Onderzoeksvraag 1: Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid? .....	120
7.4.2	Onderzoeksvraag 2: Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte? .....	123
7.4.3	Onderzoeksvraag 3: Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte? .....	133
7.4.4	Onderzoeksvraag 4: Welke handvaten en tips kunnen we aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?.....	134
7.4.5	Sterktes aan het onderzoek.....	135
7.4.6	Beperkingen aan het onderzoek .....	136
7.4.7	Suggesties voor vervolgonderzoek .....	138
8	Besluit.....	142
9	Ter afronding.....	144
	Referentielijst.....	145
	Referentielijst brochure .....	158

# Voorwoord

Nu het einde van mijn bacheloropleiding in de Toegepaste Psychologie stilaan in zicht komt, ben ik verheugd om deze bachelorproef te mogen delen.

De combinatie van zowel de zorg voor mijn twee kinderen, als het volgen van mijn bacheloropleiding, werk en allerhande andere zaken, heeft er toe bijgedragen dat ik de afgelopen jaren meerdere keren geconfronteerd werd met bepaalde thema's die hand in hand gaan met het moederschap. Sinds de geboorte van mijn kinderen, heb ik alvast een bijzondere interesse ontwikkeld in het psycho-emotionele proces waarmee moeders te maken kunnen krijgen na de geboorte van een kind. Één daarvan is het ervaren van gevoelens van eenzaamheid. Vanuit mijn interesse voor deze specifieke doelgroep en het thema "eenzaamheid", is deze bachelorproef tot stand gekomen.

Graag zou ik van de gelegenheid gebruik willen maken om enkele mensen te bedanken voor hun hulp en steun de afgelopen maanden en jaren.

In eerste instantie wil ik mijn bachelorproefbegeleider, Liesbeth De Winter bedanken voor haar opbouwende feedback en houvast in dit hele bachelorproefproces.

Daarnaast ook een grote dank aan de vele moeders die hebben deelgenomen aan dit onderzoek en zich daarmee van hun meest kwetsbare kant hebben durven tonen.

Dankjewel ook aan de vele experts en professionals om hun expertise en ervaring met me te delen. In het bijzonder wil ik Lieve Van Weddingen bedanken voor haar expertise gedurende de opleiding tot Postpartum Consulente. Heel erg bedankt om dit bijzondere vuur in me aan te wakkeren.

Dankjewel aan mijn medestudenten waarmee ik de afgelopen jaren samen het parcours van afstandsonderwijs heb mogen bewandelen. Het was een steun om hen aan mijn zijde te hebben.

In het bijzonder wil ik ook mijn vriendin Rachel bedanken. Zonder haar bemoedigende woorden, haar steun en vriendschap zou ik nooit staan waar ik nu sta.

Bedankt aan mijn familie en vrienden die de afgelopen jaren de zorg van mijn kinderen mee op zich hebben genomen. Dankzij hen was er de tijd en ruimte om te studeren.

Als laatste en met ontzettend veel dankbaarheid, wil ik mijn partner Lowie bedanken voor zijn eindeloze steun en geduld. Mede dankzij hem en zijn onvoorwaardelijke liefde werd het mogelijk om mijn dromen te verwezenlijken.

## **Lijst met bijzondere afkortingen**

BDI-II: Beck's Depression Inventory – second edition

Chi<sup>2</sup>: Chi-kwadraat

Df: Degrees of Freedom / vrijheidsgraden

DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 2010

PTTS: Posttraumatisch stressstoornis

RDAS: Revised Dyadic Adjustment Scale

SPIN: Social Phobia Inventory

UCLA-eeenzaamheidsschaal: University of California, Los Angeles Loneliness scale

# Lijst met gebruikte tabellen/grafieken/figuren

Tabel 1: Prevalentie van parentale burn-out bij Vlaamse ouders

Tabel 2: Prevalentie van eenzaamheid voor de geboorte

Tabel 3: Prevalentie van eenzaamheid na de geboorte

Tabel 4: Prevalentie van psychische problemen voor de geboorte

Tabel 5: Prevalentie van psychische problemen na de geboorte

Tabel 6: Kruistabel van eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte

Tabel 7: Kruistabel van eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte

Tabel 8: Kruistabel van psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen na de geboorte

Tabel 9: Eenzaamheid na de geboorte: psychische problemen (responsen)

Figuur 1: Continuüm van objectieve sociale participatie – objectieve sociale isolatie

Figuur 2: Continuüm van subjectieve sociale participatie – subjectieve sociale isolatie (eenzaamheid)

Figuur 3: Lagenmodel van eenzaamheid

Figuur 4: Stressschaal van Holmes en Rahe

Figuur 5: Proces moederrouw

Figuur 6: DSM-5 en ICD-10 diagnostische criteria voor depressie

Figuur 7: Cirkeldiagram van eenzaamheid voor de geboorte

Figuur 8: Cirkeldiagram van eenzaamheid na de geboorte

Figuur 9: Cirkeldiagram van psychische problemen voor de geboorte

Figuur 10: Cirkeldiagram van psychische problemen na de geboorte

Figuur 11: Interpretatie Cramér's V-waarde

Figuur 12: Cramér's V: eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte

Figuur 13: Cramér's V: eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte

Figuur 14: Cramér's V: psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen na de geboorte

# 1 Algemene inleiding

Alvorens van start te gaan met deze bachelorproef, laat me toe eerst kort iets over mezelf te vertellen...

Vanaf het moment dat ik zelf moeder werd, ontwikkelde zich een enorme interesse in de vele psycho-emotionele processen waarmee het moederschap gepaard kan gaan. Ik stelde in mijn eigen omgeving vast dat heel wat moeders na de geboorte in een transformatieproces terecht lijken te komen waarin ze veelal uitgedaagd worden op verschillende gebieden. Vanuit mijn persoonlijke ervaring zag ik dat het moederschap ook gepaard kan gaan met gevoelens van eenzaamheid. Bij een terugblik op mijn eigen emotioneel welzijn als moeder, kan ik concluderen dat ook ik na de geboorte gevoelens van eenzaamheid ervaren heb. Deze persoonlijke ervaring maakte dat ik gefascineerd werd door het thema "eenzaamheid bij moeders" en een grote motivatie ontwikkelde om verder onderzoek te doen naar dit thema. Vooreerst deed ik dit buiten het kader van deze bachelorproef door in een moedergroep op Facebook (waarvan ik zelf lid ben) rondvraag te doen met betrekking tot dit thema. Niet veel later ontstond het idee om ook binnen het kader van deze bachelorproef onderzoek te doen naar eenzaamheid bij moeders.

Aan de hand van topics en reacties op sociale media (meer bepaald in een moedergroep op Facebook waarvan ik zelf lid ben) stelde ik vast dat een aantal moeders in de periode van 2018 tot 2020 aangaven dat ze gevoelens van eenzaamheid ervaarden tijdens de baby- en peuterfase van hun kind(eren). Wanneer ik daarnaast terugblikte op enkele gesprekken die ik met moeders gevoerd heb – in het kader van een opleiding als Postpartum Consulent (Van Weddingen, 2018) –, stelde ik vast dat ook in een aantal van deze gesprekken melding gemaakt werd van eenzaamheidsgevoelens kort na de bevalling.

Uiteraard is deze doelgroep te beperkt om slechts op basis van enkele individuen voldoende inzicht te krijgen in dit thema. In deze bachelorproef willen we dan ook graag verder onderzoek doen naar eenzaamheid bij Vlaamse moeders. Specifiek zullen we ons hierbij richten op de gevoelens die men ervaarde in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. We kozen bewust voor deze periode omdat de meeste kinderen na drie jaar reeds naar school gaan waardoor er heel wat kan veranderen in het leven van moeders. We kozen er ook bewust voor om enkel Vlaamse moeders te onderzoeken omdat we er van uit gaan dat eenzaamheid mogelijk cultureel bepaald wordt.

Vooreerst onderzoeken we of Vlaamse moeders gevoelens van eenzaamheid ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. De prevalentie speelt hierbij een rol. Daarnaast onderzoeken we welke oorzaken een rol kunnen spelen bij het ontstaan of in stand houden van eenzaamheid in deze periode. Verder gaan we ook kort in op

eenzaamheid en psychische problemen. We onderzoeken namelijk of er bij moeders een verband te vinden is tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte.

Omdat inzichten in prevalentie, oorzaken en mogelijke verbanden met psychische problemen eerder vanuit wetenschappelijk perspectief relevant zijn, willen we daarnaast ook praktische handvaten en tips formuleren die relevant kunnen zijn binnen de praktijk. Dit doen we aan de hand van een brochure die binnen het landschap kan worden verdeeld onder moeders ter preventie en aanpak van eenzaamheid. De bedoeling is dat moeders hiermee in eerste instantie zelf aan de slag kunnen op een manier die hen ligt en zinvol lijkt. Met onze brochure willen we eenzaamheid bij moeders zoveel mogelijk trachten te voorkomen of anticiperen op reeds aanwezige eenzaamheidsgevoelens. Voldoende inzichten in de beleving en oorzaken van eenzaamheid bij moeders zal ons kunnen helpen om concrete handvaten te bepalen, samen met een bevraging bij professionals.

In de literatuur stellen we vast dat er veel geschreven werd over eenzaamheid bij ouderen, maar veel minder over eenzaamheid bij moeders. Vaak merken we ook dat de aandacht veelal uitgaat naar het kind, in tegenstelling tot de moeder. Met deze bachelorproef en bijhorende brochure willen we moeders de nodige aandacht en erkenning geven want ook zij verdienen het om niet vergeten te worden. Tevens willen we het taboe rond eenzaamheid bij moeders normaliseren en zoveel als mogelijk bespreekbaar maken.

Concreet zoeken we binnen ons onderzoek een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

- Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid?
- Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?
- Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?
- Welke handvaten en tips kunnen we aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?

Volgende onderzoeksdoelen worden hierbij voorop gesteld:

- Onderzoeken of Vlaamse moeders gevoelens van eenzaamheid ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- Oorzaken in kaart brengen die volgens moeders en professionals ten grondslag liggen aan het ervaren van gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

- Onderzoeken of er een samenhang te vinden is tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- Handvaten en tips voor moeders aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

In eerste instantie wilden we binnen ons onderzoek verschillende face-to-face diepte-interviews afnemen bij moeders die we – via moedergroepen op sociale media – aanspoorden tot deelname aan ons onderzoek. Echter dienden we omwille van de Covid-19 maatregelen onze onderzoeksopzet op korte tijd bij te sturen. In plaats daarvan maken we gebruik van een kwalitatieve online bevraging waarin we verschillende diepgaande vragen stellen die onder andere peilen naar de aan- of afwezigheid van eenzaamheidsgevoelens voor en na de geboorte, de ervaring van eenzaamheid en de oorzaken die een rol spelen bij het al dan niet ontstaan of in stand houden van eenzaamheid. Tevens peilen we ook naar manieren die moeders geholpen hebben bij de aanpak van eenzaamheid. Binnen dit kwalitatief onderzoek wordt een beperkte doelgroep geselecteerd.

Om meer inzicht te krijgen in de prevalentie van eenzaamheid na de geboorte en een mogelijke samenhang met psychische problemen, kiezen we ervoor om online een bijkomende kwantitatieve vragenlijst af te nemen die peilt naar de aan- of afwezigheid van eenzaamheid voor en na de geboorte en de aan- of afwezigheid van psychische problemen voor en na de geboorte. Binnen dit kwantitatief onderzoek wordt een ruimere doelgroep geselecteerd.

Naast een kwantitatief en kwalitatief onderzoek zullen we verschillende professionals interviewen en vragen stellen omtrent de uiting van gevoelens van eenzaamheid bij moeders, oorzaken en eventuele handvaten ter preventie en aanpak.

Daar waar het om een verkennend onderzoek gaat waarbij – vooral binnen het kwalitatief onderzoek – de persoonlijke beleving centraal staat, kiezen we ervoor om de begrippen eenzaamheid en psychische problemen binnen dit kader niet nader te definiëren. Het begrip eenzaamheid is ruim te definiëren en we kiezen er daarom liever voor om dit onderwerp binnen dit kader vanuit een algemene benadering te behandelen. In een eventueel vervolgonderzoek kan het begrip eenzaamheid verder opgedeeld en gedefinieerd worden.

De respondenten worden gezocht binnen verschillende moedergroepen op Facebook en kunnen zelf bepalen om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek. De professionals

zijn personen die op professioneel niveau in aanraking komen met moeders of expertise hebben met betrekking tot deze doelgroep.

In wat volgt is een uitgebreide literatuurstudie terug te vinden, gevolgd door een praktijkonderzoek.

Als eerste zullen we in hoofdstuk twee stilstaan bij het begrip "sociale isolatie" waarin we het begrip uiteenzetten en het verschil uitleggen tussen sociale isolatie en eenzaamheid aan de hand van de termen objectieve en subjectieve sociale isolatie. Vervolgens bespreken we enkele oorzaken en gevolgen van sociale isolatie. Tot slot volgt de sociale contacttypologie waarin sociale netwerken worden weergegeven in termen van weerbaarheid en kwetsbaarheid.

In hoofdstuk drie volgt de definitie van eenzaamheid, gevolgd door verschillende soorten eenzaamheid die er bestaan. Binnen dit hoofdstuk geven we ook inzichten in een aantal oorzaken van eenzaamheid, samen met enkele beschermende factoren. Tevens staan we stil bij de gevolgen die eenzaamheid met zich mee kan brengen, gevolgd door verschillende soorten interventies met betrekking tot de aanpak en verwerking van eenzaamheid, zowel op individueel als op professioneel niveau. We sluiten het hoofdstuk af met drie verschillende meetinstrumenten om eenzaamheid te meten.

In hoofdstuk vier staan we stil bij de impact die het moederschap met zich mee kan brengen. Eerst bekijken we het moederschap als life-event aan de hand van de Stressschaal van Holmes en Rahe. Vervolgens benaderen we de impact van het moederschap vanuit drie aspecten, namelijk het biologische, het psycho-emotionele en het sociale aspect. Binnen het biologische aspect staan we kort stil bij enkele lichamelijke en hormonale veranderingen die na de geboorte kunnen plaats vinden. Binnen het psycho-emotioneel aspect bespreken we kort een algemene impact, gevolgd door de fenomenen babyblues, moederrouw en matrescentie. Binnen het sociale aspect gaan we in op posities en rollen die met het moederschap gepaard kunnen gaan, de rol van de partnerrelatie en sociale steun. Tot slot gaan we kort in op eenzaamheid en sociale isolatie bij moeders en ouders.

In hoofdstuk vijf bespreken we afzonderlijk enkele psychische problemen waarmee moeders na de geboorte kunnen te maken krijgen. In tegenstelling tot in hoofdstuk vier – waar we vooral uitgaan van normale fenomenen – gaan we er van uit dat bij psychische problemen sneller professionele hulp nodig zal zijn. We staan stil bij onder andere postpartum depressie, postpartum psychose, postpartum angststoornis, posttraumatische stressstoornis en (parentale) burn-out.



In hoofdstuk zes integreren we de literatuur aan de hand van verschillende onderzoeken. We staan stil bij de prevalentie van eenzaamheid gevolgd door de link tussen eenzaamheid, psychische problemen en gezondheidsproblemen. Daarnaast staan we kort stil bij eenzaamheid en de partnerrelatie en de effecten van peer-support.

In hoofdstuk zeven volgt ons onderzoekgedeelte. Vooreerst bespreken we de probleemstelling, gevolgd door een uitgebreide bespreking van de gehanteerde methode. De onderzoeksopzet, meetinstrumenten, onderzoeksdoelgroep, tijd en ruimte worden hierbij besproken. Vervolgens bespreken we de gevonden resultaten die verder geïnterpreteerd en geanalyseerd worden in het discussiegedeelte.

In hoofdstuk acht sluiten we af met een algemeen besluit, gevolgd door een persoonlijke boodschap in hoofdstuk negen.

Onze praktische brochure met handvaten en tips wordt tot slot apart bijgevoegd als toegevoegd product.

## 2 Sociale isolatie

In dit hoofdstuk zullen we de definitie van "sociale isolatie" uiteen zetten. Daarnaast zullen we ook het onderscheid uitleggen tussen de begrippen "sociale isolatie" en "eenzaamheid". Aangezien we ons in deze bachelorproef voornamelijk richten op het thema "eenzaamheid bij moeders" staan we slechts kort stil bij het begrip "sociale isolatie" en zullen we dit eerder vanuit een algemene benadering bespreken.

Tevens staan we in dit hoofdstuk ook kort stil bij de mogelijke oorzaken en gevolgen van sociale isolatie. Tot slot bespreken we beknopt de sociale contacttypologie van Hortulanus, Machielse en Meeuwesen (2003).

### 2.1 Definitie

*"Sociaal isolement is de situatie waarin iemand leeft als het aantal contacten dat deze persoon heeft minimaal is"* (Rijks, s.d. b). Vandenbroucke et al. (2012) geven aan dat sociale isolatie betrekking heeft tot het aantal contacten dat iemand heeft met anderen. Wanneer we het over sociale isolatie hebben, kunnen we dus stellen dat men weinig tot geen (sociale) contacten heeft.

### 2.2 Verschil sociale isolatie en eenzaamheid

De termen "sociale isolatie" en "eenzaamheid" worden in de praktijk vaak met elkaar verward. Ondanks de vaststelling dat beide begrippen in de praktijk gedeeltelijk kunnen samen vallen, dienen we deze toch van elkaar te onderscheiden. Machielse en Hortulanus (2010, p. 25) stellen dat *"het gemeenschappelijke van deze begrippen is dat ze alle betrekking hebben op het ontbreken van betekenisvolle persoonlijke relaties"*. Verschillende auteurs maken hierbij het onderscheid tussen "objectieve sociale isolatie" enerzijds en "subjectieve sociale isolatie" anderzijds. In grote lijnen kunnen we stellen dat de eerste term verwijst naar sociale isolatie terwijl de tweede term verwijst naar eenzaamheid (Machielse & Hortulanus, 2010; De Jong-Gierveld, 1984). Beide begrippen zullen we in de volgende rubriek verduidelijken.

Op de website van het Eenzaamheid Informatie Centrum (Rijks, s.d. d) is te lezen dat de termen "sociaal isolement" en "sociale eenzaamheid" vaak met elkaar verward worden. Wanneer men het heeft over sociale eenzaamheid, gaat dit over de behoefte aan sociale contacten, wat als gevolg kan hebben dat er gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Wanneer men het heeft over sociale isolatie, gaat dit eerder over het hebben van een beperkt netwerk of de afwezigheid ervan (Rijks, s.d. d).

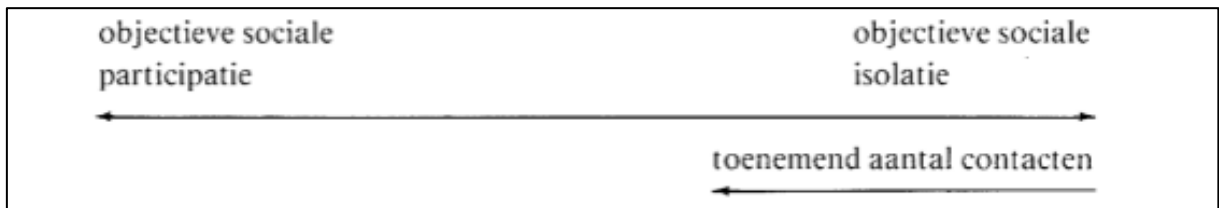
### 2.2.1 Objectieve sociale isolatie

Volgens Machielse et al. (2010, p. 25) verwijst de term sociale isolatie naar "een beperkt aantal contacten". Het gaat hier over het feitelijk ontbreken van vrijwel alle duurzame relaties met anderen (De Jong-Gierveld, 1984).

We kunnen de objectieve sociale isolatie van een persoon op een continuüm plaatsen, met aan het ene uiterste "objectieve sociale isolatie" (rechts) en aan het andere uiterste "objectieve sociale participatie" (links). Met "objectieve sociale participatie" wordt de feitelijke aanwezigheid van min of meer duurzame relaties tussen personen bedoeld. Wanneer we het continuüm bekijken, stellen we ons de vraag in hoeverre een bepaald persoon alleen is (De Jong-Gierveld, 1984).

Het continuüm van objectieve sociale participatie – objectieve sociale isolatie, wordt in figuur 1 weergegeven. Het schema is letterlijk overgenomen uit het boek "Eenzaamheid" van De Jong-Gierveld (1984, p. 33). Het spreekt voor zich dat hoe meer men zich links op het continuüm bevindt, hoe groter het aantal contacten is dat men heeft.

**Figuur 1: Continuüm van objectieve sociale participatie – objectieve sociale isolatie**



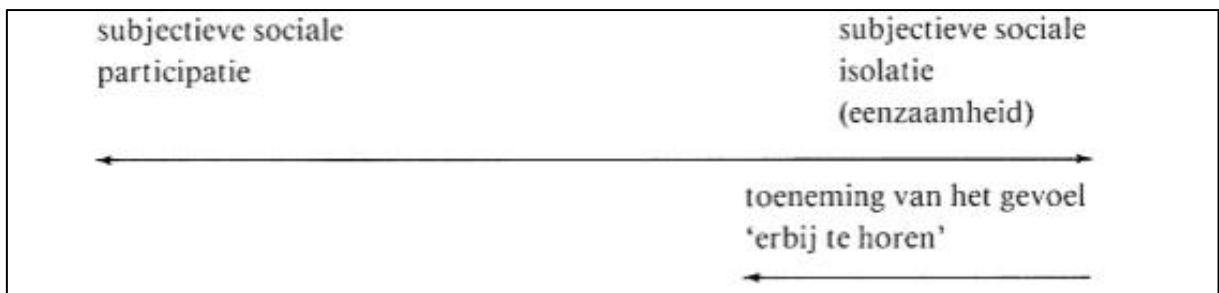
(Bron: De Jong-Gierveld, 1984)

### 2.2.2 Subjectieve sociale isolatie

Wanneer men spreekt over eenzaamheid, verwijst dit naar de subjectieve beleving van de persoonlijke contacten (Machielse & Hortulanus, 2010). Subjectieve sociale isolatie heeft betrekking op de gevoelens die men ervaart. "Het gaat om de wijze waarop de mens zijn geïsoleerd-zijn en zijn communicatie met anderen beleeft, ervaart en evalueert", zo stelt De Jong-Gierveld (1984, p. 33). Het heeft betrekking op de mate waarin men het gevoel heeft dat men erbij hoort of zich verbonden voelt met anderen. "Subjectieve sociale isolatie of eenzaamheid houdt verband met de mate waarin men problemen ervaart bij het aangaan of onderhouden van relaties met anderen, ofwel de intensiteit van het ervaren gemis aan contacten met anderen. Hierbij moeten we bedenken dat eenzaamheid een subjectieve, persoonlijke, vaak unieke ervaring betreft" (De Jong-Gierveld, 1984, p. 33). De subjectieve sociale isolatie, of eenzaamheid, heeft dus betrekking op de wijze waarop een persoon een situatie beleeft.

Wanneer we de subjectieve sociale isolatie op een continuüm plaatsen, staan de gevoelens en beleving van een persoon centraal. Het gaat over de mate waarin men het gevoel heeft erbij te horen. Wanneer iemand zich uiterst rechts op het continuüm bevindt, wil dat zeggen dat de persoon helemaal niet het gevoel heeft erbij te horen. Er is sprake van subjectieve sociale isolatie of eenzaamheid. Wanneer iemand zich uiterst links op het continuüm bevindt, is er sprake van subjectieve sociale participatie. De persoon in kwestie heeft dan in grote mate het gevoel erbij te horen. Het continuüm van subjectieve sociale participatie – subjectieve sociale isolatie is in figuur 2 terug te vinden.

**Figuur 2: Continuüm van subjectieve sociale participatie – subjectieve sociale isolatie (eenzaamheid)**



(Bron: De Jong-Gierveld, 1984)

### 2.2.3 Conclusie

Vanuit verschillende hoeken wordt aangegeven dat sociale isolatie en eenzaamheid verschillen van elkaar (Machielse & Hortulanus, 2010; Rijks, s.d. d). Men kan namelijk een groot sociaal netwerk hebben en zich toch eenzaam voelen. Ook omgekeerd kan men een beperkt sociaal netwerk hebben zonder gevoelens van eenzaamheid te ervaren. Jeannette Rijks (s.d. b) stelt op de website van het Eenzaamheid Informatie Centrum dat sociaal isolement en eenzaamheid elkaar kunnen versterken.

## 2.3 Oorzaken van sociale isolatie

Uit onderzoek blijkt dat er geen éénduidige oorzaak is voor het ontstaan van sociaal isolement (Hortulanus et al., 2003). Verschillende persoonlijke problemen die met elkaar verbonden zijn, spelen vaak een rol. We denken hierbij bijvoorbeeld aan gezondheidsproblemen, financiële problemen of problemen met werk of opleiding. Vaak vindt de problematiek reeds zijn wortels in de kinderjaren, neem bijvoorbeeld een problematische gezinssituatie. Ook bepaalde situaties of gebeurtenissen kunnen sociaal isolement veroorzaken. Het verlies van werk, een echtscheiding of verhuis, zijn enkele voorbeelden (Machielse, 2006). Men kan in sociaal isolement geraken wanneer men niet de nodige steun kan mobiliseren of wanneer men niet in staat is om nieuwe relaties aan te gaan (Machielse & Hortulanus, 2010). Wanneer we deze informatie betrekken op deze

bachelorproef, kunnen we voorzichtig stellen dat misschien ook het krijgen van een kind, sociaal isolement kan veroorzaken bij één of beide ouders. Verder onderzoek is hiervoor nodig.

Naast persoonlijke problemen, kunnen ook maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen bij sociaal isolement. Verschillende individualiseringsprocessen zorgden er namelijk voor dat mensen minder afhankelijk werden van hun directe omgeving. Deze autonomie en zelfredzaamheid veronderstellen dat men deelneemt aan verschillende relevante netwerken, waaronder onderwijs, arbeid en persoonlijke netwerken met betekenisvolle relaties. Om hieraan te kunnen participeren, zijn sociale competenties (waaronder probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheden, zelfvertrouwen enzovoort) nodig. Echter beschikt niet iedereen over voldoende sociale competenties om te participeren aan maatschappelijke netwerken. Men kan in dat geval spreken van maatschappelijk isolement (Machielse & Hortulanus, 2010).

## **2.4 Gevolgen van sociale isolatie**

Dit onderdeel is gebaseerd op het werk "Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak." van Machielse en Hortulanus (2010).

Wanneer men niet behoort tot een sociaal netwerk, kan dit negatieve gevolgen hebben op de levenskwaliteit van die persoon. Het gemis aan voldoende persoonlijke netwerken (cfr. eenzaamheid) kan zeer nefast zijn voor het individuele welbevinden. Hoe langer de duur van het isolement, hoe vaker er sprake is van een opeenstapeling van problemen waaronder psychiatrische problemen, verslaving, schulden, verwaarlozing enzovoort. Hoe meer problemen er zijn, hoe nefaster dit is voor de relaties met de sociale omgeving (Machielse & Hortulanus, 2010). Veel personen die sociaal geïsoleerd zijn, trekken zich steeds meer terug uit de samenleving, hetgeen nadelig kan zijn voor hun participatie en integratie (Machielse, 2006).

Sociaal isolement kan leiden tot culturele uitsluiting. Dit wil zeggen dat men wordt afgesloten van bepaalde levensoriëntaties en waarden in de samenleving (RMO, 1997). Daarnaast kan sociale isolatie ook institutionele uitsluiting in de hand werken. Hierbij vinden mensen de weg niet meer naar bepaalde voorzieningen (Hortulanus et al, 2003).

## **2.5 Meetbaarheid van sociaal isolement**

### **2.5.1 Sociale contacttypologie**

Hortulanus et al. (2003) ontwikkelden de sociale contacttypologie. Hiermee typeerden ze sociale netwerken in termen van weerbaarheid en kwetsbaarheid. Men hield hierbij zowel

rekening met de objectieve kenmerken van het netwerk als de subjectieve beleving ervan. De typologie bestaat uit twee dimensies. Enerzijds de aan- of afwezigheid van eenzaamheidsgevoelens, anderzijds de omvang van het sociale steunnetwerk. Daarnaast is de typologie opgesplitst in vier categorieën (Machielse & Hortulanus, 2010), dewelke we hieronder uiteen zullen zetten.

De eerste categorie is de groep van " **sociaal weerbaren**". Deze groep is niet kwetsbaar op sociaal vlak. Personen uit deze categorie hebben veel contacten en voelen zich niet eenzaam (Machielse & Hortulanus, 2010).

Personen uit de categorie " **eenzamen**" hebben een verhoogd risico om sociaal geïsoleerd te geraken. Deze personen hebben een groot sociaal netwerk maar voelen zich desondanks eenzaam omdat de aanwezige contacten niet voldoen aan hun wensen (Machielse & Hortulanus, 2010).

De categorie " **contactarmen**" hebben tevens ook een verhoogd risico op sociaal isolement. Personen uit deze categorie hebben geen last van gevoelens van eenzaamheid maar hebben een zeer beperkt sociaal netwerk. Daarnaast kunnen ze ook afhankelijk zijn van enkele anderen (Machielse & Hortulanus, 2010).

Tot slot is er nog de categorie " **sociaal geïsoleerden**". Deze personen hebben weinig tot geen persoonlijke contacten. Hierdoor voelen ze zich ongelukkig en eenzaam (Machielse & Hortulanus, 2010).

## **2.6 Tot slot**

In het volgende hoofdstuk zullen we dieper ingaan op het begrip "eenzaamheid". Deze subjectieve beleving kan gepaard gaan met sociale isolatie. Toch hoeft sociale isolatie niet noodzakelijk te leiden tot gevoelens van eenzaamheid. Mensen met een zeer beperkt sociaal netwerk, kunnen zich daarbij prima voelen zonder gevoelens van eenzaamheid te ervaren. Daarnaast hoeven mensen die zich eenzaam voelen, ook niet persé sociaal geïsoleerd te zijn. Men kan namelijk een heel groot sociaal netwerk hebben en zich toch eenzaam voelen (Machielse & Hortulanus, 2010).

### **3 Eenzaamheid**

In het vorige hoofdstuk bespraken we reeds het verschil tussen sociale isolatie en eenzaamheid. Kort gezegd kunnen we stellen dat sociale isolatie vastgelegd kan worden door middel van de vraag: "in hoeverre is men alleen?". De term "sociale isolatie" gaat over het tekort aan contacten met anderen, hetgeen van buitenaf waarneembaar is. Het aantal contacten kan namelijk "geteld" worden en is daarmee in zekere zin objectief vast te stellen. Sociale isolatie wordt ook weergegeven door middel van de term "objectieve sociale isolatie" (Machielse & Hortulanus, 2010; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Wanneer we het hebben over eenzaamheid, is dit moeilijker van buitenaf waarneembaar. Het gaat hierbij om een subjectieve ervaring of beleving van een persoon. Het "voelen" staat hierbij centraal. Eenzaamheid gaat over de mate waarin iemand zich alleen voelt. Eenzaamheid kunnen we ook weergegeven door middel van de term "subjectieve sociale isolatie" (Machielse & Hortulanus, 2010; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007)

Nu we hierboven en in het vorige hoofdstuk hebben uitgelegd wat het verschil is tussen sociale isolatie en eenzaamheid, bouwen we in dit hoofdstuk verder op het subjectieve verschijnsel, namelijk eenzaamheid.

Als eerste staan we stil bij het begrip "eenzaamheid" en de verschillende soorten eenzaamheid die er bestaan. We schetsen een aantal oorzaken en risicofactoren aan de hand van verschillende benaderingen waaronder de cognitieve discrepantie theorie, de biologische benadering, de evolutionaire benadering en het lagenmodel van eenzaamheid. Daarnaast staan we kort stil bij enkele beschermende factoren van eenzaamheid en de aanpak van eenzaamheid in het algemeen. De aanpak van eenzaamheid zullen we later in deze bachelorproef toespitsen op de doelgroep moeders. Om die reden kiezen we ervoor om deze algemene benadering slechts beknopt weer te geven. Kort schetsen we ook enkele gevolgen van eenzaamheid. Omdat het onderzoeken van de gevolgen van eenzaamheid niet tot de doelstelling van deze bachelorproef behoort, zullen we hier slechts beperkt op in gaan. Tot slot sluiten we dit hoofdstuk af met diagnostische instrumenten waarmee eenzaamheid gemeten kan worden.

#### **3.1 Definitie**

Rotenberg (1999) omschrijft eenzaamheid als de discrepantie tussen de echte en gewenste relaties van een persoon. Eenzaamheid is namelijk het resultaat van de discrepantie tussen de aanwezige sociale contacten van een persoon en de contacten die iemand wenst te hebben (Perlman & Peplau, 1981). *"In de huidige westerse wereld wordt eenzaamheid gezien als een negatief beleefde situatie van een gebrek aan betekenisvolle sociale*

*contacten met andere mensen waarin men onvrijwillig verkeert*" (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 9). Het betreft een negatieve en onplezierige situatie waarin iemand zich teleurgesteld voelt of een (ontoelaatbaar) gemis ervaart. Eenzaamheid gaat over het gebrek aan betekenisvolle situaties met anderen en komt onvrijwillig tot stand. Men kiest er namelijk niet bewust voor. Daarnaast betreft eenzaamheid – zoals eerder aangegeven – ook een subjectieve ervaring (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Wanneer men spreekt over eenzaamheid, verwijst dit naar de subjectieve beleving van de persoonlijke contacten (Machielse & Hortulanus, 2010). Eenzaamheid heeft betrekking op de gevoelens die men ervaart. *"Het gaat om de wijze waarop de mens zijn geïsoleerd-zijn en zijn communicatie met anderen beleeft, ervaart en evalueert"*, zo stelt De Jong-Gierveld (1984, p. 33). Eenzaamheid heeft betrekking op de mate waarin men het gevoel heeft dat men erbij hoort of zich verbonden voelt met anderen. Het gaat hier om een *"persoonlijke en vaak unieke ervaring"* (De Jong-Gierveld, 1984, p. 33). *"Eenzaamheid is de uitkomst van de persoonlijke waardering van een situatie, waarin bestaande relaties worden afgewogen tegen de wensen of standaards die men ten aanzien van relaties heeft"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 9). Sommige mensen ervaren snel gevoelens van eenzaamheid bij een (beperkt) tekort aan sociale relaties, terwijl anderen pas eenzaamheid ervaren bij een volledige afwezigheid van sociale relaties of wanneer een belangrijke vertrouwenspersoon wegvalt (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). *"De kern van deze definitie is dat de subjectieve gevoelens niet in een direct verband staan met het aantal, de aard en de kwaliteit van de relaties binnen het persoonlijk netwerk"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 33).

De term eenzaamheid neemt verschillende vormen aan, daar waar er sprake is van verschillende soorten eenzaamheid. Enkele van deze soorten geven we in de volgende rubriek weer.

## **3.2 Soorten eenzaamheid**

In dit onderdeel bespreken we beknopt een aantal soorten eenzaamheid. De volgorde van weergave is willekeurig en geeft op geen enkele manier de frequentie van het voorkomen of de mate van belangrijkheid weer.

### **3.2.1 Sociale eenzaamheid**

Wanneer men het heeft over sociale eenzaamheid, gaat dit over de behoefte die iemand heeft aan sociale contacten. Deze behoefte kan tot uiting komen in gevoelens van eenzaamheid. Met de term sociale eenzaamheid wordt aangegeven dat men minder contacten heeft met anderen dan men zou willen. Het gaat hier over het missen van anderen, zoals bijvoorbeeld vrienden of collega's. Met deze term drukt men uit dat iemand



meer contacten (waaronder bijvoorbeeld vrienden of collega's) in het dagelijks leven wenst om daarmee kleur te geven aan het leven. Er is sprake van een sociale behoefte waarbij het sociaal netwerk voor de persoon in kwestie tekort schiet (Eenzaam.nl, s.d. b; Rijks, s.d. c).

### **3.2.1.1 Verschil sociale eenzaamheid en sociale isolatie**

Op de website van het Eenzaamheid Informatie Centrum (Rijks, s.d. d) is te lezen dat de termen "sociaal isolement" en "sociale eenzaamheid" vaak met elkaar verward worden. Wanneer men het heeft over sociale eenzaamheid, gaat dit over de behoefte aan sociale contacten, wat als gevolg kan hebben dat er gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Wanneer men het heeft over sociale isolatie, gaat dit eerder over het hebben van een beperkt netwerk of de afwezigheid ervan. Sociale isolatie kan men meten aan de hand van het aantal contacten (Rijks, s.d. d).

### **3.2.2 Emotionele eenzaamheid**

Emotionele eenzaamheid gaat over het gemis aan betekenisvolle, hechte of intieme relaties met één of meerdere personen. Er is hierbij sprake van een emotionele behoefte. Men mist iemand met wie diepgaande emotionele banden mogelijk zijn. Vaak gaat het hier bijvoorbeeld om een levenspartner of hartsvriend(in). Toch is de eenzaamheid niet opgelost wanneer men bijvoorbeeld een nieuwe partner krijgt na het overlijden van de huidige partner. Het gebrek aan een intieme relatie kan niet steeds opgevangen of gecompenseerd worden door middel van een andere (hechte of intieme) relatie. Helaas is het complexer dan dat. Ook met een breed netwerk aan sociale contacten kan men emotionele eenzaamheid ervaren (Rijks, s.d. c; Vandenbroucke et al., 2012).

### **3.2.3 Existentiële eenzaamheid**

Het begrip "existentiële eenzaamheid" kan op verschillende wijzen worden ingevuld of geïnterpreteerd. We zetten hieronder drie verschillende wijzen uiteen.

Wanneer men eenzaamheid ziet als een existentieel feit, iets wat onderdeel van het leven uitmaakt, iets wat iedereen kent, kan men eenzaamheid zien als een signaal tot verandering of een kans tot persoonlijke groei. Men ziet eenzaamheid als onderdeel van onze existentie, net zoals honger en dorst deel van het leven uitmaken (Rijks, s.d. c).

Een andere opvatting sluit aan bij de filosofie van Sartre. Hierbij ziet men eenzaamheid als een lot of een ware staat van een wezenlijke toestand van zijn. Volgens deze opvatting moeten mensen hun hele leven lang (wanhopig) op zoek gaan naar verbinding. Volgens de visie van Sartre is de mens een wezen dat ten diepste eenzaam is. Sommige mensen zien dit als een natuurlijke staat dat tot het mens-zijn behoort (Rijks, s.d. c).

Een derde opvatting sluit aan bij de humanistische stroming waarin men zegt dat existentiële eenzaamheid samen gaat met vragen, opgaven en moeilijkheden die gekoppeld zijn aan het leven en die een (diep) eenzaam gevoel teweeg kunnen brengen. Het heeft betrekking op de wijze waarin men zich verhoudt tot zichzelf en tot anderen. Het gaat over de manier waarop men in het leven staat. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de confrontatie met bepaalde angsten of de dood. Vanuit deze humanistische stroming kan existentiële eenzaamheid ook leiden tot innerlijke groei. Dit laatste betekent dat existentiële eenzaamheid niet persé negatief hoeft te zijn (Rijks, s.d. c), dit in tegenstelling tot datgene wat eerder hierboven werd aangegeven in de algemene omschrijving van het begrip eenzaamheid.

De oplossing die men voor eenzaamheid oppert, hangt volgens Jeannette Rijks (s.d. c) af van de opvatting die men heeft over eenzaamheid. Zo zullen mensen die er van uit gaan dat eenzaamheid een lot is, er sneller vanuit gaan dat er niet aan te ontkomen is.

Volgens de opvatting van Jeannette Rijks is eenzaamheid *"het signaal van gebrek aan verbondenheid. Eenzaamheid wordt opgelost als verbondenheid een feit is"* (Rijks, s.d. c).

### **3.2.4 Situationele eenzaamheid**

We spreken over situationele eenzaamheid wanneer men door bepaalde omstandigheden of situaties niet in de mogelijkheid is om contacten te onderhouden. De situaties zijn hierbij de oorzaak of trigger. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gedetineerden, expats of mensen die langdurig in het ziekenhuis liggen of ver van huis revalideren. Hoewel het hier om een tijdelijke situatie gaat, kan dit toch een probleem vormen bij mensen waarbij blijkt dat ze niet goed met deze eenzaamheid kunnen omgaan. Personen die in deze tijdelijke situatie grote problemen ervaren, kunnen wellicht niet goed omgaan met eenzaamheid. Personen die weinig of geen eenzaamheid ervaren in dit soort situaties, zullen in de toekomst waarschijnlijk ook geen problemen ervaren met al dan niet tijdelijke situaties waarin het onderhouden van sociale contacten een uitdaging kan zijn (Rijks, s.d. c).

### **3.2.5 Voorbijgaande eenzaamheid**

Vorbijgaande eenzaamheid lijkt een tijdelijk fenomeen, maar toch gaat dit niet vanzelf over. Wel is dit voor een aantal mensen wellicht een onbewust gegeven, waarvan men zich niet bewust is van wat er precies gebeurt. Dit is een normaal proces. Wanneer iemand zich eenzaam voelt, geeft het lichaam dit als het ware aan. Eenzaamheid is namelijk een signaal van het lichaam dat mensen waarschuwt wanneer ze niet genoeg in verbinding zijn met anderen, wanneer ze niet genoeg aangeraakt worden, niet genoeg aanvaard worden of wanneer ze onvoldoende aandacht krijgen. Het lichaam geeft dan een waarschuwing, net zoals het dat doet wanneer men honger of dorst heeft. Velen gaan dan onbewust op zoek

naar oude vrienden of zoeken contact op met anderen waardoor de eenzaamheid vanzelf verdwijnt. Hoewel dit voor velen een onbewust proces is, is het toch goed dat men zich hiervan bewust wordt. Op die manier weet men namelijk dat men zelf oplossingen kan bedenken voor dit probleem. Zo kan eenzaamheid een voorbijgaand proces worden (Rijks, s.d. c).

### **3.2.6 Chronische eenzaamheid**

Wanneer eenzaamheid niet opgelost wordt, kan dit een chronisch probleem worden en kan er chronische eenzaamheid ontstaan. Men spreekt van chronische eenzaamheid wanneer men gedurende ongeveer één jaar er niet in geslaagd is om diens eenzaamheid te doen stoppen (Rijks, s.d. c).

Eenzaamheid kan gezien worden als een lichamelijke prikkel of een emotie. Deze prikkel kan men vergelijken met een soort alarmbel, dewelke aanzet tot alertheid. De prikkel zet ook aan tot het vormen of verbeteren van de verbinding met anderen. Wanneer men er niet in slaagt om deze verbinding te maken op een manier waarop de behoefte ingewilligd wordt, blijft deze alarmbel als het ware rinkelen. De prikkel blijft dan ook bestaan, hetgeen grote gevolgen kan hebben voor iemands lichaam en/of mentaal welzijn. Wanneer eenzaamheid niet opgelost wordt, kunnen er zich verschillende lichamelijke problemen voordoen. Het afweersysteem staat hierbij onder druk en er kunnen ernstige gevolgen optreden voor de hersenen. Men is langer ziek, men voelt zich ongelukkiger en mensen die zich eenzaam voelen, zullen korter leven dan mensen die zich niet eenzaam voelen. Het is dan ook van groot belang om te voorkomen dat eenzaamheid blijft aanslepen en daarmee chronisch wordt. Het vragen van hulp is dus de boodschap (Rijks, s.d. c).

### **3.2.7 State- en trait-eenzaamheid**

In Amerika maakt men een opsplitsing tussen twee soorten eenzaamheid, namelijk: state- en trait-eenzaamheid. "State-eenzaamheid" heeft betrekking op de situatie. De eenzaamheid wordt door omstandigheden veroorzaakt. De term "trait-eenzaamheid" heeft betrekking op een persoonskenmerk. Het gaat over iets wat mensen heel hun leven kunnen hebben en waarbij men een genetische oorzaak vermoedt. Toch kunnen er naar aanleiding van state-eenzaamheid hersenveranderingen ontstaan waardoor eenzaamheid een persoonskenmerk kan worden. Anderzijds kunnen de hersenen van personen die zich heel hun leven lang eenzaam voelen, alsnog herstellen (Rijks, s.d. c).

### **3.2.8 Genetische eenzaamheid**

In een Nederlands tweelingenonderzoek van Boomsma et al. (2006) werd aangetoond dat er een genetisch component voor eenzaamheid bestaat. De mate waarin iemand

eenzaamheid ervaart, kan dus voor een groot deel verklaart worden vanuit een voorbestemdheid van de genen. Toch is er evenveel invloed vanuit de omgeving als vanuit de genen. Met "de omgeving" worden zowel de omstandigheden als de manier waarop iemand met situaties omgaat, bedoelt. Het is dus zo dat – ondanks dat men genetisch is voorbestemd – men toch kan leren omgaan met de situatie zonder last te hebben van eenzaamheid. Rijks (s.d. c) stelt dat het genetische component een maat is voor de behoefte aan verbondenheid, waarbij de ene persoon meer behoefte heeft aan deze verbinding dan de andere.

### **3.2.9 Overige soorten eenzaamheid**

Naast de eenzaamheidssoorten die we hierboven reeds besproken hebben, bestaan er nog andere vormen van eenzaamheid. We denken bijvoorbeeld aan communicatieve eenzaamheid, afgescheiden eenzaamheid, psychologische eenzaamheid, metafysische eenzaamheid, kosmologische eenzaamheid en positieve eenzaamheid. Vermoedelijk wordt er daarnaast nog onderscheid gemaakt tussen andere uitingsvormen, afhankelijk van de duur, de situatie en de benaming die men er aan geeft (Rijks, s.d. c). Het zou ons echter te ver leiden om al deze mogelijke vormen binnen dit kader te bespreken, daarom beperken we ons slechts tot bovenstaande soorten.

## **3.3 Oorzaken van eenzaamheid**

In dit onderdeel staan we stil bij een aantal algemene oorzaken en risicofactoren van eenzaamheid. Elk van deze oorzaken en risicofactoren hebben een andere inwerking op de verschillende soorten eenzaamheid die we hierboven reeds besproken hebben. Het zou ons te ver leiden om alle oorzaken te koppelen aan de verschillende vormen van eenzaamheid. Toch is het belangrijk om er rekening mee te houden dat een bepaalde oorzaak een andere invloed heeft op een bepaald soort van eenzaamheid. Zo leidt niet elke oorzaak automatisch tot alle soorten eenzaamheid. Wel kan deze oorzaak leiden tot een bepaalde vorm van eenzaamheid. Het overlijden van een partner kan bijvoorbeeld een negatieve impact hebben op het ervaren van emotionele eenzaamheid, maar kan daarnaast bijvoorbeeld wel positieve gevolgen hebben wat betreft sociale eenzaamheid. Door het overlijden zoekt men bijvoorbeeld meer toenadering tot andere netwerken (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Omdat er weinig literatuur terug te vinden is over de mogelijke oorzaken van eenzaamheid bij (Vlaamse) moeders, kiezen we ervoor om deze oorzaken zelf in kaart te brengen aan de hand van praktijkonderzoek. We doen dit op basis van een kwalitatieve bevraging bij Vlaamse moeders die door onszelf is uitgevoerd. Voor de bevindingen van dit onderzoek, verwijzen we graag naar hoofdstuk zeven.

Er bestaan verschillende theorieën over hoe eenzaamheid ontstaat, met telkens een andere nadruk op ieder aspect (Van der Ploeg, 2018). Wij kiezen ervoor om in dit hoofdstuk in te gaan op de cognitieve discrepantie theorie, gevolgd door een biologische en evolutionaire benadering. Tot slot bespreken we het lagenmodel van eenzaamheid.

### **3.3.1 Oorzaken en risicofactoren**

Eenzaamheid kan zowel als een individueel als maatschappelijk probleem gezien worden. Eenzaamheid is een individueel probleem omdat het een impact heeft op de persoon die zich eenzaam voelt zelf. Iemand die eenzaamheid ervaart, voelt zich hier namelijk niet goed bij (De Jong-Gierveld, 1984). Daarnaast is het ook een maatschappelijk probleem aangezien *"eenzaamheid kan worden verbonden met ontwikkelingen in de samenleving"* (Vonk, Van Campen & Van Tilburg, 2018, p. 13).

Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007) schuiven in hun boek "Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak" vijf groepen van redenen naar voor die mensen aangeven als reden voor hun eenzaamheid. We geven deze hieronder weer:

- *"Alleenstaand zijn. Men heeft geen echtgenoot of echtgenote of seksuele partner;*
- *Behoeftte aan vrienden. Men voelt zich anders, wordt verkeerd begrepen, heeft het idee niet nodig te zijn of heeft geen intieme vrienden;*
- *Alleen zijn. Men verkeert niet in gezelschap en komt bijvoorbeeld in een leeg huis thuis;*
- *Verplaatsing. Men is ver van huis, heeft een nieuwe baan of school, of is (vaak) verhuisd;*
- *Gedwongen isolement. Men is aan huis gebonden en kan door gebrek aan vervoer of andere redenen niet ergens naar toe. Ook verblijf in het ziekenhuis valt hieronder."* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 24).

#### **3.3.1.1 Partnerrelatie**

Het ontbreken van een partner of de afwezigheid van een vertrouwens- of intieme relatie met de partner, wordt gezien als risicofactor voor eenzaamheid, naast het verlies van een partner naar aanleiding van echtscheiding of overlijden (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

#### **3.3.1.2 Sociaal netwerk**

Het hebben van een beperkt netwerk aan persoonlijke relaties kan eenzaamheid versterken of verhogen. Daarnaast speelt ook het gebrek aan het verkrijgen van praktische en vooral emotionele steun een grote rol (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Toch betekent het hebben van een beperkt sociaal netwerk niet persé dat men zich ook eenzaam

voelt (Machielse & Hortulanus, 2010). Tot slot betekent het hebben van een slechte kwaliteit van sociale relaties ook een onafhankelijke risicofactor voor het ontwikkelen van eenzaamheid (Dykstra & Fokkema, 2007).

### **3.3.1.3 Omstandigheden**

Verhuizen, een scheiding, pensionering, een opeenstapeling van problemen of overlijden kunnen allemaal eenzaamheid veroorzaken (Fokkema & Dykstra, 2009). Zo kunnen een verhuis en de woonomgeving waarin men leeft een impact hebben op het sociaal leven en de gevoelens van eenzaamheid. Bij een verhuis dient men bijvoorbeeld een nieuw sociaal netwerk op te bouwen. Pensionering is één van de meest ingrijpende gebeurtenissen in iemand zijn leven. Men kan de dagelijkse contacten met collega's gaan missen. Ook bij werkloosheid verwatert het contact met collega's vaak. Wanneer hier ook financiële problemen aan gekoppeld zijn, heeft dit ook gevolgen voor iemands sociale mogelijkheden. Een aantal sociale contacten kunnen – vaak omwille van financiële redenen – niet meer plaatsvinden. Geldproblemen kunnen daardoor een groter risico vormen voor eenzaamheid. Ook mantelzorgers kunnen – door de langdurige en intensieve zorgen voor een naaste – met eenzaamheid te maken hebben wanneer de mantelzorg veel tijd vraagt. Er blijft bijvoorbeeld nog maar weinig tijd over om andere sociale contacten te onderhouden (Eenzaam.nl, s.d. a; Fokkema & Dykstra, 2009).

### **3.3.1.4 Persoonlijke factoren**

Persoonlijke eigenschappen kunnen een rol spelen bij het aangaan van contacten met andere personen. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een gebrek aan sociale vaardigheden, weinig zelfvertrouwen, moeite met anderen te vertrouwen, een negatief zelfbeeld, verlegenheid, introversie, emotionele instabiliteit enzovoort. Ook iemands verwachtingen of wensen bepalen mee de ervaren eenzaamheid. Iemand met een sterke wens tot veel en goede sociale relaties zal zich mogelijks sneller eenzaam voelen dan iemand die daar minder naar verlangt (Eenzaam.nl, s.d. a). Ook stress kan een rol spelen. Twee risicofactoren voor eenzaamheid zijn namelijk chronische werkstress en/of sociale stress (Dykstra & Fokkema, 2007).

Verder hebben onderzoeken – waaronder dat van Heinrich & Gullone (2006) – eenzaamheid in verband gebracht met depressie en angst. Volgens Luanaigh en Lawlor (2008) vertoont eenzaamheid sterke associaties met depressie en kan daarmee een onafhankelijke risicofactor zijn voor depressie. Toch is het belangrijk om hierbij te vermelden dat de causaliteitsrelatie onvoldoende duidelijk is. Volgens de website Eenzaam.nl (s.d. a) zouden eenzaamheid en depressie elkaar kunnen beïnvloeden en versterken. Personen die depressief zijn, kunnen sociale contacten verliezen en

vereenzamen, terwijl eenzaamheid op zijn beurt kan leiden tot depressieve gevoelens. Ook andere psychiatrische aandoeningen worden in verband gebracht met eenzaamheid (Eenzaam.nl, s.d. a). Uit het onderzoek van Erozkan (2011) bleek tevens dat er een significante relatie bestaat tussen eenzaamheid, onveilige hechting en depressie.

Tot slot willen we – met betrekking tot het bovenstaande – benadrukken dat er voorzichtig omgesprongen moet worden met het leggen van causale of oorzakelijke verbanden. De oorzaak voor eenzaamheid kan mogelijks ook elders liggen en eenzaamheid kan vermoedelijk ook een bepaald ziektebeeld in stand houden of versterken.

#### **3.3.1.5 Relatiestandaards**

De standaard die iemand heeft ten aanzien van het alleen zijn, heeft tevens ook een invloed op het ontstaan van eenzaamheid. Een relatiestandaard gaat over de wensen of doelen die iemand heeft met betrekking tot een bepaalde sociale relatie. Hoe vaak per week wil men bijvoorbeeld een goed gesprek met iemand kunnen voeren? Wanneer men sterk verlangt naar sociale contacten, is de kans op eenzaamheid groter (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

#### **3.3.1.6 Fysieke factoren**

Ook (chronische) ziekte of lichamelijke gezondheidsproblemen kunnen een oorzaak zijn van eenzaamheid. Fysieke klachten kunnen sociaal contact belemmeren of kunnen onbegrip bij anderen veroorzaken. Personen die met een chronische ziekte kampen, voelen zich vaker eenzaam dan personen zonder chronische ziekte (Eenzaam.nl, s.d. a; Fokkema & Dykstra, 2009).

### **3.3.2 Cognitieve discrepantie theorie**

Als eerste bespreken we de cognitieve discrepantie theorie die voor het eerst ter sprake werd gebracht door Peplau en Perlman (1982). Concreet stelt deze theorie dat eenzaamheid het gevolg is van de discrepantie (of afwijking) die een individu ervaart tussen diens werkelijke (aanwezige) sociale relaties en de gewenste sociale relaties (Rijks, 2020b; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). De klemtoon in deze theorie wordt gelegd op de cognitieve processen. Het gaat hier om de processen die in iemands hoofd afspelen en waarmee men een situatie beoordeelt en waardeert. Dit proces is een individueel en persoonlijk gebeuren. Ieder persoon zal zijn of haar sociale relaties (of dat er nu veel of weinig zijn) op een persoonlijke manier beoordelen en waarderen. In dit proces spelen een aantal zaken een belangrijke rol (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Als eerste spelen persoonlijke standaards een rol. Een persoonlijke standaard gaat over iemands wensen of doelen. Hoe vaak per week wil men bijvoorbeeld een goed gesprek met

iemand kunnen voeren? Deze standaards kunnen betrekking hebben op de partnerrelatie, de relatie met een (harts)vriend(in), collega's enzovoort. Standaards kunnen reeds gevormd worden door ervaringen die men op doet in de kindertijd. Deze vormen namelijk de basis voor de wensen die iemand heeft tegenover betekenisvolle relaties of de verbondenheid met andere personen. Gedurende de levensloop kunnen deze standaards echter veranderen. Concreet fungeren persoonlijke standaards als maatstaf om de werkelijke (aanwezige) sociale relaties te vergelijken en te waarderen. Mensen die een grote wens hebben om goede relaties te hebben, zullen zich sneller en meer eenzaam voelen wanneer deze relaties niet tot hun werkelijke netwerk behoren. Mensen met een minder sterke wens tot goede sociale relaties, zullen zich minder snel en minder eenzaam voelen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Daarnaast speelt ook de sociale vergelijking een grote rol bij het tot stand komen van eenzaamheid. De kwaliteit en aantallen van de werkelijke (gerealiseerde) betekenisvolle relaties worden vergeleken met die van anderen in de omgeving. Wanneer iemand zijn eigen situatie als onvoldoende ervaart, kunnen er gevoelens van eenzaamheid ontstaan (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Ook persoonlijke capaciteiten, sociale beperkingen en mogelijkheden spelen een rol bij het realiseren van bepaalde sociale relaties. *"Persoonlijke capaciteiten die van belang zijn voor het ontstaan van eenzaamheid zijn onder meer: de afwezigheid van sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, gevoelens van sociale angst, sterke verlegenheid en introversie. Mensen met minder sociale vaardigheden, die verlegen zijn of van nature terughoudend in het benaderen van anderen, hebben vaak moeite om gewenste relaties aan te gaan. Deze mensen blijven dan zitten met onvervulde wensen, die aanleiding kunnen geven tot eenzaamheid. Het is daarom belangrijk om bij het denken over eenzaamheid ook rekening te houden met verschillen in persoonlijkheidskenmerken tussen mensen"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 12).

Toch zijn deze persoonlijkheidskenmerken niet enkel aangeboren. Ze kunnen namelijk ook aangeleerd zijn gedurende de kindertijd of jeugd. Eenzaamheid mag daarom niet enkel als persoonskenmerk worden beschouwd. De cognitieve discrepantie theorie besteedt daarom ook aandacht aan mechanismen waarmee men eenzaamheid kan verminderen of oplossen. Eenzaamheid kan namelijk na verloop van tijd (min of meer) spontaan verdwijnen of verminderen. Daarnaast kan eenzaamheid ook worden verminderd door de te hoge en onrealistische standaard die men heeft, aan te passen. Dit noemt men "standaardverlaging". Men leert namelijk om minder veeleisend te zijn (Rijks, 2020b; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2017).



### **3.3.3 Biologische invalshoek**

Vanuit de biologische invalshoek kijkt men of eenzaamheid een biologische basis heeft. Men kijkt of er sprake is van een aanleg voor eenzaamheid. Echter is er vanuit wetenschappelijk onderzoek nog niet zoveel gekend over de biologische mechanismen die misschien een invloed hebben op eenzaamheid. Wel staat – door middel van tweelingenonderzoek van McGuire en Clifford (2000) – vast dat er een verband is tussen eenzaamheid en aanleg (Van der Ploeg, 2018). Zoals eerder gesteld, werd ook in een Nederlands tweelingenonderzoek van Boomsma et al. (2006) aangetoond dat er een groot genetisch component voor eenzaamheid bestaat. De mate waarin iemand eenzaamheid ervaart, kan dus voor een groot deel verklaart worden vanuit een voorbestemdheid van de genen. Toch is er evenveel invloed vanuit de omgeving als vanuit de genen. Met “de omgeving” worden zowel de omstandigheden als de manier waarop iemand met situaties omgaat, bedoelt. Het is dus zo dat – ondanks dat men genetisch is voorbestemd – men toch kan leren omgaan met de situatie zonder last te hebben van eenzaamheid. Rijks (s.d. c) stelt dat het genetische component een maat is voor de behoefte aan verbondenheid, waarbij de ene persoon meer behoefte heeft aan deze verbinding dan de andere.

### **3.3.4 Evolutionaire benadering**

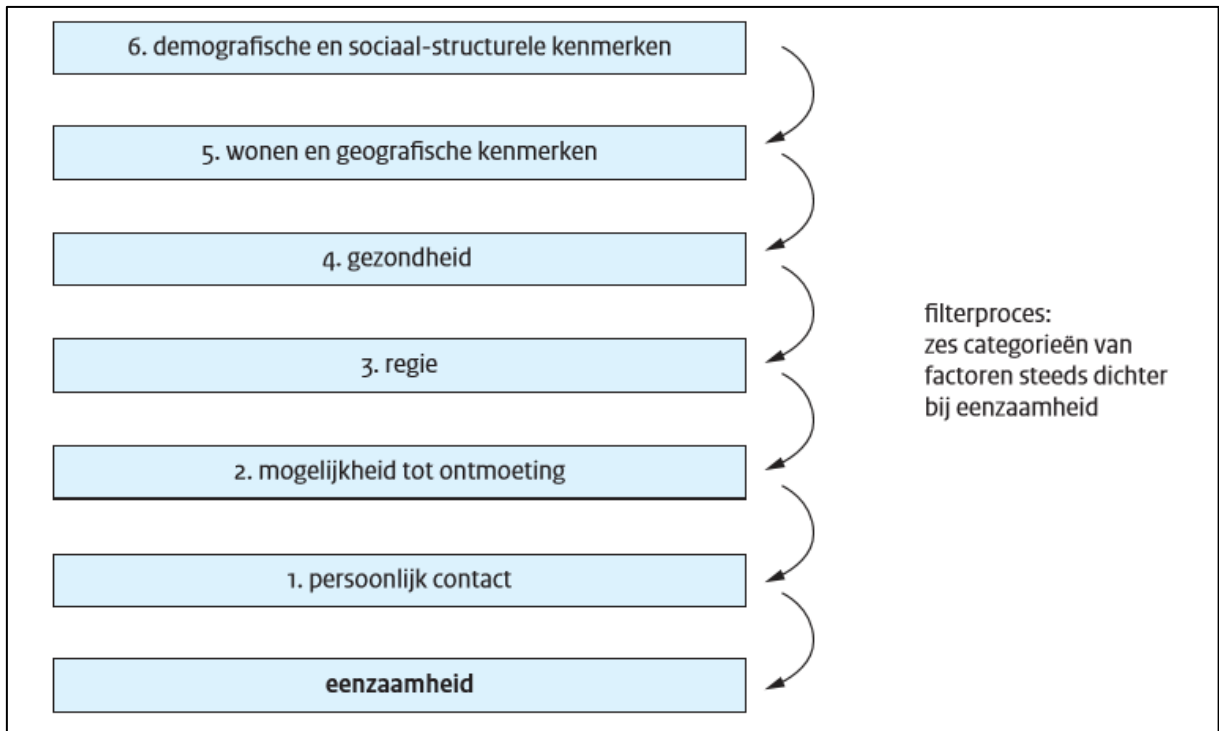
Vanuit de evolutionaire benadering is eenzaamheid een waarschuwingssignaal van het lichaam, net zoals honger en dorst. Het is een gezonde prikkel die niet onderdrukt moet worden. Wij mensen, worden namelijk geactiveerd om anderen op te zoeken. Eenzaamheid kan gezien worden als “honger”, waarin iemand verlangt naar “emotionele voeding”. Eenzaamheid kan gezien worden als een lichamelijke behoefte aan intimiteit en contact met anderen. Het wordt gezien als een onmisbare drijfveer (Van Hoof, 2019).

### **3.3.5 Het lagenmodel van eenzaamheid**

In wat komt, beschrijven we het lagenmodel van eenzaamheid zoals opgesteld door Van Tilburg en Klok (2018). Zij baseerden zich op het werk van Hawkley et al. (2008) waarin factoren van eenzaamheid in lagen worden weergegeven. In dit lagenmodel wordt onderscheid gemaakt tussen “verre” en “nabije” factoren, waarbij de verre factoren een invloed uitoefenen op de nabije factoren. De nabije factoren geven tevens verschillen weer in eenzaamheid. Het lagenmodel is opgedeeld in zes verschillende lagen waarbij men er van uit gaat dat de eerste laag het dichtste bij eenzaamheid staat en daarmee de meeste invloed heeft op eenzaamheid. De eerste laag wordt gevolgd door de tweede, derde, vierde, vijfde en zesde laag. (Van Tilburg en Klok, 2018).

We verduidelijken het lagenmodel aan de hand van onderstaande figuur. Deze geeft de nabije en verre factoren die relevant zijn voor eenzaamheid weer. Vervolgens zullen we de lagen één voor één toelichten.

**Figuur 3: Lagenmodel van eenzaamheid**



(Bron: Tilburg & Klok, 2018)

### 3.3.5.1 Laag 1: persoonlijk contact

De eerste laag is die van persoonlijk contact. Deze laag staat het dichtste bij eenzaamheid. Hieronder vallen de partnerstatus, netwerkvang, diversiteit en contactfrequentie, steun en informele zorg (Van Tilburg en Klok, 2018).

Baumeister en Leary (1995) stellen dat de essentie van eenzaamheid de ontevredenheid met het sociale netwerk is. Als mens hebben we namelijk een sterke behoefte aan sociale relaties waarin men genegenheid, betrokkenheid en verbondenheid vindt. *"Karakteristieken van het sociale netwerk spelen daarom een grote rol in het ontstaan of versterken van eenzaamheid. We bespreken deze karakteristieken achtereenvolgens"* (Van Tilburg en Klok, 2018, p. 22).

#### Partnerstatus:

Een partnerrelatie biedt bescherming tegen eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018). Een partnerrelatie kan naast instrumentele en emotionele steun, ook geborgenheid,

intimiteit en vertrouwen bieden. Wanneer dit niet het geval is, kan eenzaamheid versterkt worden (De Jong-Gierveld en Van Tilburg, 1987).

#### Netwerkomvang, diversiteit en contactfrequentie:

Hoe meer relaties iemand heeft, hoe meer diens kans op eenzaamheid over het algemeen afneemt. Men stelt dat vier belangrijke sociale relaties voldoende zijn om eenzaamheid tegen te gaan. Personen met een groot sociaal netwerk zouden beter beschermd zijn tegen eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018).

De mate van netwerkdiversiteit geeft de variatie weer die er is in sociale rollen en relatiesoorten binnen het netwerk. We denken hierbij aan vrienden, familie, collega's enzovoort (Van Tilburg & Klok, 2018). Een divers sociaal netwerk beschermt tevens tegen eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018). Er kunnen relaties zijn met wie er intensief contact is (bijvoorbeeld een hartsvriendin) en met personen waarbij er sprake is van oppervlakkig contact (Bondevik & Skogstad, 1998).

#### Steun en informele zorg:

Bij het uitwisselen van steun binnen sociale relaties is het belangrijk dat het geven en nemen van steun in evenwicht is. Zo niet, bestaat er het risico op het beëindigen of verslechteren van de sociale relatie, waardoor eenzaamheid kan toenemen. Zowel het ontvangen als het geven van steun is belangrijk. Voor iemand zorgen, verkleint namelijk de kans op eenzaamheid (De Jong-Gierveld & Dykstra, 2008; De Jong-Gierveld et al., 2018; Klein Ikkink & Van Tilburg, 1999).

### **3.3.5.2 Laag 2: mogelijkheid tot ontmoeting**

Om mensen te ontmoeten, moet men nieuwe relaties aangaan en onderhouden (Mollenhorst et al., 2008).

#### Instituties en rollen:

Het aangaan van nieuwe relaties kan binnen een institutionele context, waaronder bijvoorbeeld opleiding, werk, hobby's of vrijwilligerswerk (De Jong-Gierveld et al., 2018). Werkloosheid (of de afwezigheid van werk) kan leiden tot eenzaamheid en sociaal isolement (Gallie et al., 2003; Koster en Gesthuizen, 2016).

### **3.3.5.3 Laag 3: regie**

Wanneer men het idee heeft veel regie te hebben over het eigen leven en dat van de omgeving, kan eenzaamheid worden tegen gegaan (Nicolaisen & Thorsen, 2012). Iemand die regie heeft, heeft controle over diens eigen leven. Er kan eenzaamheid ontstaan

wanneer de kwaliteit en het gewenste aantal sociale relaties niet overeenkomt met de werkelijke relaties. Men heeft twee mogelijkheden om dit verschil op te heffen (om eenzaamheid te verminderen), namelijk "actie ondernemen" of "doelen bijstellen" (Van Tilburg & Klok, 2018).

#### Actie ondernemen:

Mensen kunnen actie ondernemen om eenzaamheid te doen minderen. Er is sprake van een actieve aanpak (coping). Hoe meer regie men ervaart, hoe meer actie men neemt om het eenzaamheidsprobleem en diens oorzaken aan te pakken (Hawkley & Cacioppo, 2010).

#### Doelen bijstellen:

Men kan er ook voor kiezen om doelen bij te stellen. Personen die weinig regie ervaren, leren op die manier leven met de situatie. Dit noemt men passieve coping (Brandtstädter & Rothermund, 2002).

Actieve coping is meer doeltreffend bij het verminderen van eenzaamheid dan passieve coping (Schoenmakers et al., 2015). Hoeveel gevoel van controle iemand heeft over het leven, hangt van verschillende factoren af. Een hoger opleidingsniveau en inkomen zorgen bijvoorbeeld voor meer gevoel van controle (Lachman & Weaver, 1998). Geen sociale rollen kunnen aannemen, een slechte gezondheid, onzekerheid en stress kunnen een gevoel van hopeloosheid oproepen (Schieman, 2001).

### **3.3.5.4 Laag 4: gezondheid**

#### Fysieke gezondheid:

Iemand met functionele beperkingen is minder mobiel waardoor het onderhouden van sociale relaties moeilijker is (Aartsen & Jylhä, 2011; Van Tilburg & Broese van Groenou, 2002). Daarnaast hebben ook mensen met een chronische ziekte meer kans op eenzaamheid (Penninx et al., 1999).

#### Cognitieve gezondheid:

Cognitieve achteruitgang is nefast voor het communicatievermogen en zelfstandig functioneren (Boss, Kang & Branson, 2015; Holmén & Furukawa, 2002) waardoor ze anderen vaak ontwijken vanuit schaamte (Holmén & Furukawa, 2002).

#### Sensorische gezondheid:

Gehoer- of gezichtsproblemen kunnen de sociale communicatie belemmeren (Holmén & Furukawa, 2002; Verstraten et al., 2005; Wallhagen et al., 2001). Toch leiden deze niet steeds tot minder of minder goede sociale relaties (Wahl et al., 2013).

#### Psychische gezondheid:

Psychische aandoeningen (waaronder depressie, schizofrenie, autisme, angst en stemmingsstoornissen) gaan – afhankelijk van de aard van het probleem - samen met eenzaamheid. Ook het gevoel van hulpeloosheid speelt hierbij een rol. Men kan namelijk het idee hebben dat men de situatie niet kan veranderen (McCullough, 2003). Echter dienen we hierbij te benadrukken dat het vaststellen van een verband, niet persé wil zeggen dat er ook sprake is van een oorzakelijk verband.

#### **3.3.5.5 Laag 5: wonen en geografische kenmerken**

Ook de leefomgeving speelt een rol bij het ontstaan en versterken van eenzaamheid (Van Tilburg & Klok, 2018).

#### Wonen in een institutie:

Het wonen in een institutie (bijvoorbeeld een woonzorgcentrum of residentiële voorziening) kan mogelijks een invloed hebben op het al dan niet ervaren van eenzaamheid. Toch zijn de resultaten van onderzoeken hierover niet zo eenduidig (Tilburg & Klok, 2018).

#### Recente verhuizing:

Een recente verhuizing uit de vertrouwde buurt is een grote levensverandering en kan één van de oorzaken van eenzaamheid zijn (Rokach & Brock, 1996).

#### Stedelijkheid en regio:

Bijvoorbeeld ouderen die in stedelijke gebieden wonen, zijn volgens Scharf en De Jong-Gierveld (2008) gemiddeld eenzamer dan ouderen die op het platteland wonen. Daarnaast zijn er ook regionale verschillen in eenzaamheid waarbij eenzaamheid meer of minder voorkomt in bepaalde regio's (Fokkema, De Jong-Gierveld & Dykstra, 2012; Van Tilburg et al., 1998).

#### **3.3.5.6 Laag 6: demografische en sociaal-structurele kenmerken**

De zesde laag is de verste laag van eenzaamheid en betreft demografische en sociaal-structurele kenmerken.

#### Opleiding en inkomen:

Personen met een lager opleidingsniveau hebben enerzijds een kleiner en minder divers netwerk. Anderzijds hebben ze meer kans om werkloos te worden of een mindergoedbetaalde job te hebben (De Beer, 2006). Dit kan leiden tot onzekerheid en stress, met eenzaamheid als gevolg (Hawkley et al., 2008).

#### Burgerlijke staat:

De aan- of afwezigheid van een partnerrelatie is – zoals eerder gesteld – een belangrijke voorspeller van eenzaamheid (Dykstra et al., 2005).

#### Herkomst:

Personen met een migratieachtergrond kunnen kwetsbaar zijn voor eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2015).

#### Leeftijd:

De prevalentie van eenzaamheid bij ouderen is hoger dan die bij jongeren, jongvolwassenen of personen van middelbare leeftijd. Gezondheidsproblemen kunnen hierin een rol spelen (Freedman et al., 2008).

#### Geslacht:

Er zijn geen eenduidige verschillen in eenzaamheid gevonden tussen mannen en vrouwen (Van Tilburg & Klok, 2018).

### **3.4 Beschermende factoren voor eenzaamheid**

Zoals gezegd, bestaan er tal van oorzaken en risicofactoren die eenzaamheid kunnen veroorzaken. Naast oorzaken en risicofactoren van eenzaamheid, bestaan er ook beschermende factoren tegen eenzaamheid zoals bijvoorbeeld het hebben van een kwaliteitsvolle partnerrelatie (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). In dit onderdeel zullen we kort ingaan op enkele beschermende factoren tegen eenzaamheid. Aangezien het onderzoeken van beschermende factoren van eenzaamheid niet tot onze onderzoeksdoelen behoort, zullen we hier slechts beperkt bij stilstaan.

Het idee van veel regie of controle hebben over het eigen leven en dat van de omgeving, kan helpen om eenzaamheid tegen te gaan (Nicolaisen & Thorsen, 2012). Hoe meer regie iemand ervaart, hoe meer actie men zal nemen om het eenzaamheidsprobleem en de oorzaken ervan aan te pakken (Hawkley & Cacioppo, 2010). Hoeveel controle iemand heeft over het leven, hangt van verschillende factoren af. Een hoger opleidingsniveau en inkomen zorgen bijvoorbeeld voor meer gevoel van controle (Lachman & Weaver, 1998).

Men stelt ook vast dat het gebrek aan sociale vaardigheden, het hebben van weinig zelfvertrouwen, moeite met anderen te vertrouwen, een negatief zelfbeeld, verlegenheid, introversie en emotionele instabiliteit voorspellers kunnen zijn van eenzaamheid (Eenzaam.nl, s.d. a). Voorzichtig gaan we ervan uit dat wanneer deze kenmerken niet aanwezig zijn, men mogelijks meer beschermd is tegen eenzaamheid.

Mensen met een minder sterke wens om goede sociale relaties te hebben, zullen zich minder snel en minder eenzaam voelen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Daarnaast blijkt dat hoe meer relaties een persoon heeft, hoe lager de kans is dat men zich eenzaam voelt. Men stelde vast dat het hebben van vier belangrijke sociale relaties voldoende is om eenzaamheid tegen te gaan. Personen met een groot sociaal netwerk zouden beter beschermd zijn tegen eenzaamheid. Daarnaast beschermt ook een divers sociaal netwerk tegen eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018). De mate van netwerkdiversiteit geeft de variatie weer die er is in sociale rollen en relatie-soorten binnen het netwerk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan familie, vrienden, collega's (Van Tilburg & Klok, 2018).

Maatschappelijke participatie, participatie in organisaties, het onderhouden van sociale contacten en contacten met buurtgenoten kunnen ook beschermend werken tegen eenzaamheid (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Ook een (kwaliteitsvolle) partnerrelatie kan bescherming bieden tegen eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Een partnerrelatie kan naast instrumentele en emotionele steun ook geborgenheid, intimiteit en vertrouwen bieden (De Jong-Gierveld en Van Tilburg, 1987).

Zowel het ontvangen als het geven van steun is belangrijk. Voor iemand zorgen, verkleint namelijk de kans op eenzaamheid. Bij het uitwisselen van steun binnen sociale relaties is het echter wel belangrijk dat het geven en nemen van steun in evenwicht is (De Jong-Gierveld & Dykstra, 2008; De Jong-Gierveld et al., 2018; Klein Ikkink & Van Tilburg, 1999).

We gaan er voorzichtig van uit dat er naast de hierboven vermelde factoren nog andere factoren bestaan die een gunstige en beschermde invloed kunnen hebben op eenzaamheid. Het zou ons echter te ver leiden om deze allemaal binnen dit kader te bespreken.

Tot slot willen we benadrukken dat de aanwezigheid (van één of meer) van bovenstaande factoren niet persé wil zeggen dat men zich niet eenzaam kan voelen.

### **3.5 Gevolgen van eenzaamheid**

Naast de negatieve gevoelens, teleurstelling en het gemis dat iemand ervaart wanneer men zich eenzaam voelt, zijn er ook nog andere gevolgen gekoppeld aan eenzaamheid. Een aantal van deze gevolgen bespreken we hieronder. Het is echter niet onze bedoeling deze uitgebreid te bespreken, aangezien we binnen dit kader geen onderzoek doen naar de gevolgen van eenzaamheid.

Het onderzoek van Leigh-Hunt et al. (2017) toont aan dat eenzame personen een verhoogde kans hebben op sterfte. Uit een analyse van 70 internationale en longitudinale onderzoeken blijkt eenzaamheid de kans op overlijden met 26% te verhogen (Holt-Lunstad et al., 2015).

Daarnaast veronderstelt men ook een verband tussen eenzaamheid en fysieke gezondheid. Zo vonden Leigh-Hunt et al. (2017) een sterke relatie tussen eenzaamheid, sociale isolatie en hart- en vaatziekten. Ook in het onderzoek van Valtorta et al. (2016) vond men aanwijzingen dat eenzaamheid de kans op hart- en vaataandoeningen zou verhogen. Daarnaast doet eenzaamheid ook het risico op andere gezondheidsproblemen – waaronder bijvoorbeeld ontstekingen, slaapproblemen en stress – toenemen (Boss et al., 2015; Cacioppo, Hawkey & Thisted, 2010).

In het onderzoek van Leigh-Hunt et al. (2017) stelde men vast dat een laag gevoel van verbondenheid samenhangt met een verhoogd risico op zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen. Daarnaast stelden zij bij personen die hoog scoorden op eenzaamheid ook een verhoogd risico op dementie vast. Belangrijk hierbij is om te vermelden dat we hier niet met zekerheid kunnen zeggen of het gaat om een causaal verband.

Eenzaamheid kan ook leiden tot spanning, een laag zelfbeeld, apathie en depressieve gevoelens (Perlman & Peplau, 1982). Uit verschillende longitudinale onderzoeken blijkt dat eenzaamheid kan leiden tot depressie. Zo blijkt – binnen deze onderzoeken – dat de personen die eenzaamheid ervaarden, vaker te maken kregen met depressie (Cacioppo et al., 2006; Cacioppo et al., 2010).

We vermoeden dat wanneer moeders zich eenzaam voelen, dit niet enkel individuele gevolgen heeft voor de moeder zelf, maar ook voor het kind en het gezin. In ons praktijkonderzoek zouden we dan ook graag de suggestie doen om in een eventueel vervolgonderzoek te onderzoeken welke impact eenzaamheid bij moeders kan hebben op de (psycho-emotionele) ontwikkeling van het kind en op het functioneren van het gezin.



## **3.6 Aanpak van eenzaamheid**

We gaan er van uit dat de aanpak van eenzaamheid bij voorkeur individueel benaderd dient te worden. Eenzaamheid is een complex en ruim gegeven. Wat voor de ene persoon werkt, werkt daarom niet persé voor de andere persoon. We kiezen ervoor om in dit hoofdstuk enkele zaken mee te geven die kunnen helpen of ondersteunen bij de aanpak of preventie van eenzaamheid. We doen dit binnen dit onderdeel vanuit een algemene benadering. Wat hieronder volgt, is dus niet toegespitst op de doelgroep "moeders" (waarop we ons in deze bachelorproef focussen).

Aan het einde van deze bachelorproef zullen we daarnaast nog enkele concrete tips en handvaten voor moeders meegeven ter preventie en aanpak van eenzaamheid. Omdat er weinig tot geen wetenschappelijke literatuur te vinden is die specifiek de aanpak van eenzaamheid bij moeders behandelt, focussen we hierbij op (potentieel werkbare) tools die we meekrijgen van professionals die vanuit het werkveld in aanraking komen met moeders. We zullen ons hierbij ook baseren op zaken die volgens ons eigen aanvoelen werkbaar kunnen zijn. Dit na afstemming bij verschillende professionals. In ons eigen praktijkonderzoek stelden we moeders ook de vraag wat hen geholpen heeft in periodes van eenzaamheid. Deze responsen zullen we bundelen en hieruit nemen we de – voor ons – relevante zaken mee in onze eigen gemaakte brochure. Het onderstaande kan als vertrekpunt dienen.

### **3.6.1 Individuele aanpak en verwerking**

Wat hieronder volgt, heeft betrekking op de aanpak of de verwerking van eenzaamheid door het individu zelf.

#### **3.6.1.1 Nieuwe relaties aangaan**

Wanneer iemand zich eenzaam voelt omwille van het gemis van een bepaalde relatie (denk bijvoorbeeld aan een partnerrelatie, vriendschap), kan het zinvol zijn om dergelijke relatie(s) proberen aan te gaan. Daarbij is het echter wel van belang om te weten welk soort relatie men precies mist. Men dient daarnaast ook op zoek te gaan naar een manier waarop men die relatie(s) kan vinden. Denk bijvoorbeeld aan een bemiddelingsbureau, speed dating, dansavonden enzovoort wanneer men op zoek is naar een partner (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

#### **3.6.1.2 Verbetering van vriendschap**

Men kan ook inzetten op het verbeteren van bestaande vriendschappen. Openheid kan hierbij belangrijk zijn. Het is hierbij echter van belang om na te gaan hoe men zich bewust kan worden van de sociale behoeften die niet vervuld worden. Het nastreven van openheid,

intimiteit of meer nabijheid in de relaties kan hierbij helpen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

### **3.6.1.3 De rol van anderen bij eenzaamheidsvermindering**

Ook andere mensen kunnen een rol spelen bij de vermindering van eenzaamheid. Een gevarieerd sociaal netwerk kan een meerwaarde zijn. Het kan dan ook nuttig zijn om dit netwerk uit te breiden door zich bijvoorbeeld aan te sluiten bij een organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan sport of hobby's. Ook vrijwilligerswerk kan nuttig zijn. Deze situaties brengen potentieel nieuwe sociale relaties met zich mee waardoor het sociaal netwerk kan worden uitgebreid. Hierdoor kan de kans op (sociale) eenzaamheid afnemen. Het is hierbij wel van belang dat het om betekenisvolle relaties gaat (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Wanneer het sociale netwerk zodanig klein is geworden en het moeilijk is om hierin verandering te brengen, kan het zinvol zijn om aansluiting te zoeken bij een organisatie die zich focust op persoonlijke ontmoetingen. Eventueel kan een kennis, huisarts, ... helpen in de zoektocht hiernaartoe (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

### **3.6.1.4 Standaardverlaging**

Volgens de cognitieve discrepantie theorie kan eenzaamheid ook verminderd worden door de te hoge en onrealistische standaard die iemand heeft, aan te passen. Dit noemt men "standaardverlaging". Men leert namelijk om minder veeleisend te zijn (Rijks, 2020b; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2017). Een persoon kan hier zelf mee aan de slag gaan, maar dit kan eventueel ook met begeleiding van een professional.

## **3.6.2 Eenzaamheidsinterventies**

Wanneer een individu moeilijk in staat is om diens eenzaamheid zelf aan te pakken, kunnen verschillende eenzaamheidsinterventies soelaas bieden. *"We spreken van een interventie, wanneer professionele hulpverleners pogingen doen om de eenzaamheid onder mensen tegen te gaan of te verlichten. Vaak worden deze pogingen bedacht en opgezet door een organisatie. Meestal wordt met de interventie geprobeerd een aantal eenzame mensen tegelijk te bereiken"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 95). We bespreken hieronder enkele van deze interventies.

### **3.6.2.1 Algemene voorlichting en mentaliteitsverandering**

*"Via algemene voorlichting en mentaliteitsverandering wordt geprobeerd mensen te bewegen anders te denken of zich anders te gedragen."* *"Soms geeft een voorlichtingscampagne meer informatie over wat eenzaamheid is en over de wijze waarop*

*eenzaamheid kan worden voorkomen en opgeheven*" (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 95). Door middel van een voorlichtingscampagne kan men er bijvoorbeeld voor proberen zorgen dat anderen een positievere kijk krijgen tegenover ouderen. Ook deelname aan educatie en sociaal-culturele activiteiten, een thema- of informatiebijeenkomst of het uitdelen van brochures en folders kunnen hierbij helpen. Het is echter niet geheel duidelijk of eenzaamheid hier daadwerkelijk mee kan teruggedrongen worden (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

### **3.6.2.2 Bevordering van deskundigheid van hulpverleners**

Binnen de zorgverlening ziet men steeds meer het belang van welzijnsproblemen (waaronder eenzaamheid) en het belang van de aanpak ervan. De houding, denkwijze en deskundigheid bij zorgverleners dient hierbij veranderd en verbeterd te worden. *"Het doel is om zowel beroepskrachten als vrijwilligers te leren eenzaamheid beter te signaleren en adequaat op deze problemen te laten reageren"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 96). Voorlichting, schriftelijk en audiovisueel materiaal, cursussen en het uitwisselen van ervaringen tussen hulpverleners kunnen hierin een rol spelen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

### **3.6.2.3 Sociaal-culturele activering**

Een interventie die direct gericht is op eenzame personen, is sociaal-culturele activering. *"Deze is bedoeld om de sociale omgeving van de eenzame man of vrouw 'contactrijker' te maken. Zeer uiteenlopende activiteiten kunnen hier een steentje toe bijdragen"* (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 96). Denk hierbij bijvoorbeeld aan een koffiemoment in een dienstencentrum, een schildernamiddag in een verzorgingstehuis (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007), maar ook bijvoorbeeld aan workshops rond babymassages voor moeders enzovoort.

*"Het accent van sociaal-culturele activiteiten ligt meestal op de activiteit en de gezelligheid, waarmee randvoorwaarden worden gecreëerd om contacten te leggen. Het voorkomen of verminderen van eenzaamheid is daarbij vaak een neven doel. Eenzaamheid wordt daarbij 'via een omweg' aangepakt. Deze indirecte benadering kan goed werken omdat de meeste mensen niet graag direct worden aangesproken op hun 'eenzaam zijn'. Deelnemers hoeven hun persoonlijke doelstellingen om aan deze activiteiten deel te nemen niet prijs te geven. De activiteiten zijn laagdrempelig. Een ander sterk punt is de keuzevrijheid van de deelnemers. Wie zich op de achtergrond wil houden, kan dat doen. Dit is echter meteen een van de zwakke punten van deze aanpak. Mensen die gebaat zijn bij een extra 'zet', kunnen zich toch afzijdig houden. Sociaal-culturele activering biedt een contactrijke omgeving. Van de deelnemers wordt verwacht dat zij vervolgens zelf onderling contact*

*leggen. Gebrek aan sociale vaardigheden, een negatief zelfbeeld of een te hoge verwachting over relaties zijn slechts enkele persoonlijke kenmerken die het leggen van contacten kunnen dwarsbomen. Het succes van de interventie is dan ook sterk afhankelijk van de bekwaamheid en de aandacht van de begeleider. Verder zal het effect op eenzaamheid beperkt zijn, als de oorzaak van eenzaamheid niet aan een tekort aan contacten te wijten is*", aldus Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007, p. 96-97).

#### **3.6.2.4 Persoonlijke activering**

Een andere interventie die direct gericht is op eenzame personen, is persoonlijke activering. Bij deze interventie is het de bedoeling om "*mensen bewust te maken van hun eenzaamheidsbevorderende houding of gedrag*" (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 97). Mensen worden begeleid in de verandering van hun eigen situatie. "*Persoonlijke aanpak en stimulering staan in deze aanpak centraal. Steeds ligt de nadruk op het geven van aandacht en emotionele en praktische steun om de sociale zelfredzaamheid te versterken*" (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 97). We kunnen stellen dat persoonlijke activering minder laagdrempelig is dan sociaal-culturele activering. De interventie is namelijk gericht op de persoon zelf en men moet zich bewust zijn van hun eigen houding en gedrag in functie van eenzaamheid (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

#### **3.6.2.5 Cursussen, gespreksgroepen en therapie**

In dit onderdeel bespreken we interventies die trachten om langdurige veranderingen teweeg te brengen wat betreft "*de eenzaamheidsbevorderende factoren die bij het individu zelf liggen*" (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007, p. 98). Het verschil met voorgaande interventies is dat men zich hierbij vooral focust op een specifiek domein van het individueel functioneren. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan over het gebrek aan sociale vaardigheden om nieuwe contacten te leggen of te onderhouden. Denk bijvoorbeeld aan een assertiviteitstraining (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Daarnaast zijn er ook cursussen of gespreksgroepen die zich (soms maar niet altijd) focussen op een specifiek thema of specifieke situatie. Denk bijvoorbeeld aan praatgroepen na het verlies van een partner (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Ook gesprekstherapieën zijn rechtstreeks gericht op mensen die eenzaamheid ervaren. Een kanttekening bij deze interventie is dat het opsporen van de doelgroep niet zo vanzelfsprekend is. Ook het motiveren om deel te nemen, is hierbij een uitdaging. Een andere moeilijkheid is dat het niet altijd gemakkelijk is om – al dan niet in groep – te praten over diepere gevoelens en persoonlijke problemen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

## **3.7 Meetbaarheid van eenzaamheid**

In dit onderdeel maken we u kort wegwijs in de meetbaarheid van eenzaamheid aan de hand van drie diagnostische schalen of vragenlijsten. Geen van deze instrumenten zullen we gebruiken in ons eigen praktijkonderzoek. Wel geven we deze mee in suggesties naar vervolgonderzoek. Daarom komen deze diagnostische instrumenten slechts beperkt aan bod.

### **3.7.1 University of California, Los Angeles loneliness scale van Russell, Peplau en Ferguson**

De University of California, Los Angeles loneliness scale (UCLA) is internationaal één van de meest gebruikte schalen om eenzaamheid te meten. Met deze schaal wordt eenzaamheid als ééndimensionaal begrip gemeten (Van Beuningen, Coumans & Moonen, 2018). De UCLA is een zelfbeoordelvragenlijst waarmee subjectieve gevoelens van eenzaamheid gemeten kunnen worden en gevoelens van sociaal isolement. De vragenlijst bestaat uit twintig items. De deelnemer dient elk item te beoordelen met "ik voel me vaak zo", "ik voel me soms zo", "ik voel me zelden zo" en "ik voel me nooit zo" (Russell, Peplau & Ferguson, 1978).

De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1 (Russell, Peplau & Ferguson, 1978).

### **3.7.2 Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld**

De eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld is een veelgebruikte schaal voor het meten van eenzaamheid. *"Deze schaal benadert eenzaamheid als multidimensioneel begrip en maakt daarbij onderscheid tussen sociale en emotionele eenzaamheid"* (Van Beuningen, Coumans & Moonen, 2018, p. 8). De oorspronkelijke versie bestaat uit elf stellingen waarbij zes stellingen peilen naar sociale eenzaamheid en vijf stellingen peilen naar emotionele eenzaamheid. De volledige schaal van de originele Nederlandstalige versie is terug te vinden in bijlage 2 (Van Beuningen, Coumans & Moonen, 2018).

Op elke vraag kan geantwoord worden met "ja!", "ja", "min of meer", "nee" of "nee!". Het tweede, derde, vijfde, zesde, negende en tiende item verwijzen naar emotionele eenzaamheid. Het eerste, vierde, zevende, achtste en elfde items verwijzen naar sociale eenzaamheid (Van Beuningen, Coumans & Moonen, 2018).

### **3.7.3 Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst van Jeanette Rijks**

De Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst van Jeannette Rijks is ontstaan op basis van de vragenlijst van De Jong-Gierveld die we hiervoor reeds besproken hebben (Rijks, 2020a).

De Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst is speciaal ontworpen voor de praktijk. Als eerste biedt de test "*inzicht in de omvang van de problematiek van eenzaamheid*", daarnaast voorspelt de test het succes van therapie en ten derde wil men met de vragenlijst mogelijke oplossingen aanbieden. De set van vragen leidt tot: 1. inzicht in de mate van eenzaamheid, 2. inzicht in de mate van vitaliteit en 3. factoren die een invloed kunnen hebben op de ernst van eenzaamheid. De test uit zich in een eenzaamheidsscore (schaal 0-50) en een vitaliteitsscore (schaal 0-50). Daarnaast geeft hij een indicatie van de meest aangewezen vormen van hulp (Rijks, 2020a).

De test bestaat uit 25 vragen, kan online worden afgenomen en is volledig anoniem. Er worden geen persoonlijke gegevens verzameld (Rijks, 2020a). De uitslag van de test, kan na het beantwoorden van de vragen meteen worden afgelezen door de invullende persoon.

De vragen van de Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst worden in bijlage 3 weergegeven (Faktor 5, s.d.).

### **3.8 Tot slot**

Na het uiteenzetten van het begrip "sociale isolatie" bespraken we in dit hoofdstuk het begrip "eenzaamheid". We merkten daarbij op dat eenzaamheid een ruim begrip is dat vele interpretaties en soorten kent. Deze worden mede bepaald vanuit de invalshoek waarmee men naar eenzaamheid kijkt. Daarnaast bestaan er ook tal van oorzaken die ten grondslag liggen aan eenzaamheid. Ook deze worden mede bepaald vanuit verschillende benaderingen en invalshoeken. Naast de oorzaken, bespraken we ook enkele beschermende factoren voor eenzaamheid, samen met de gevolgen die eenzaamheid met zich mee kan brengen. Aan het einde van dit hoofdstuk bespraken we enkele mogelijkheden die kunnen helpen bij de aanpak van eenzaamheid. We deden dit vanuit een individuele benadering en vanuit verschillende eenzaamheidsinterventies. We benadrukten hierbij dat de aanpak van eenzaamheid die in dit hoofdstuk besproken werd, vanuit een algemene visie benaderd werd en dus geen specifieke betrekking heeft op de doelgroep van moeders. We zullen deze bachelorproef uiteindelijk afronden door enkele handvaten en tips mee te geven die specifiek gericht zijn op moeders. Tot slot gaven we in dit hoofdstuk ook enkele diagnostische meetinstrumenten weer waarmee eenzaamheid gemeten kan worden.

In het volgende hoofdstuk richten we ons op de mogelijke impact die het moederschap kan hebben op vrouwen. We doen dit vanuit het biologische, psycho-emotionele en sociale aspect. Aan het einde van dit hoofdstuk koppelen we het moederschap kort aan de begrippen eenzaamheid en sociale isolatie.

## 4 De impact van het moederschap

Verschillende bronnen beschrijven het krijgen van een kind als een bijzondere en belangrijke levensgebeurtenis (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.; Howard et. al., 2014), dewelke "*krachtige emoties*" kan veroorzaken (Mayo Clinic Staff, 2018) en "*waarin men zich kwetsbaar kan voelen*" (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.). Het spreekt voor zich dat het moederschap een impact kan hebben op pas bevallen vrouwen. In korte tijd vinden er heel wat hormonale, lichamelijke, emotionele en relationele veranderingen plaats (Moeder & Baby, 2020). Enkele van deze veranderingen beschrijven we in loop van dit hoofdstuk.

Als eerste staan we stil bij het moederschap als life-event. Vervolgens bespreken we zowel de hormonale en fysieke impact die een zwangerschap en de geboorte van een kind met zich mee kunnen brengen. In het volgende onderdeel staan we stil bij het psycho-emotionele aspect van het moederschap. We bespreken daarin enkele fenomenen die zich kunnen voordoen na het krijgen van een kind. Tot slot bespreken we de sociale impact die gekoppeld is aan het moederschap. We staan hierbij stil bij de verschillende posities en rollen die gerelateerd zijn aan het moederschap, de partnerrelatie, het belang van sociale steun, gevolgd door een korte rubriek betreffende eenzaamheid en sociale isolatie.

We kiezen er bewust voor om in deze bachelorproef een opsplitsing te maken tussen enerzijds de gangbare impact van het moederschap (hoofdstuk vier) en anderzijds "psychische problemen" die gerelateerd zijn aan het moederschap (hoofdstuk vijf). We gaan ervan uit dat er bij deze eerste groep van fenomenen niet persé professionele hulpverlening noodzakelijk is, terwijl het bij psychische problemen – die we in het vijfde hoofdstuk bespreken – wel aangewezen kan zijn om professionele hulp in te schakelen. Ondanks dat we hierin een onderscheid maken, willen we de impact die het moederschap met zich mee kan brengen, toch zo veel mogelijk normaliseren. Om die reden hebben we er voor gekozen om psychische problemen (in de vorm van een diagnose) niet te integreren in dit hoofdstuk. We zijn er namelijk van overtuigd dat door het normaliseren van moeilijke processen die gepaard gaan met het moederschap, taboes meer doorbroken kunnen worden en kwetsbare onderwerpen meer bespreekbaar zullen zijn. We gaan er van uit dat dit moeders ten goede zal komen doorheen hun weg in het moederschap.

### 4.1 Het moederschap als life-event

Kinderen krijgen, is volgens Howard et al. (2014) een belangrijke levensgebeurtenis. Deze levensgebeurtenis zouden we ook kunnen omschrijven als een "life-event".

Een life-event is een emotionele gebeurtenis in iemands leven die zowel een positieve als negatieve invloed kan hebben op diens geluk of tevredenheid. (Trauma Stress Release, s.d.; Wingen, De Jonge & Arts, 2012). Een positieve emotionele gebeurtenis kan bijvoorbeeld een huwelijk of de geboorte van een kind zijn. Een negatieve emotionele gebeurtenis kan bijvoorbeeld de ziekte van een partner zijn (Wingen et al., 2012). Uit onderzoek naar de gevolgen van life-events blijkt dat sommige levensgebeurtenissen het subjectieve welzijn voor korte tijd of tijdelijk kunnen beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de geboorte van een kind. Andere life-events kunnen een langdurige of permanente verandering van de welzijnsbeleving met zich mee brengen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een scheiding of het krijgen van een lichamelijke beperking (Clark, Diener, Georgellis & Lucas, 2008; Lucas, Clark, Georgellis, 2003, 2004; Lucas, 2007).

Een life-event (waaronder het krijgen van een kind) vraagt aanpassingen en kan ook stress met zich mee brengen. "The Holmes-Rahe Life Stress Inventory" (Holmes & Rahe, 1967) geeft aan welke life-events de meeste aanpassingen vergen en de meeste stress veroorzaken (Trauma Stress Release, s.d.).

#### **4.1.1 Stressschaal van Holmes en Rahe**

Hieronder geven we de Stress Inventory van Holmes en Rahe weer. Aan elk life-event wordt een waarde toegekend. Respondenten dienen voor elke gebeurtenis die tijdens het voorbije jaar in diens leven heeft plaatsgevonden, de desbetreffende waarde aan te duiden. Aan het einde dienen al deze waardes opgeteld te worden om tot een totaalscore te komen. Hoe hoger de score, hoe hoger het risico op gezondheidsproblemen (The American Institute of Stress, s.d.).

Een totaalscore van 150 punten of minder betekent dat er een relatief lage hoeveelheid aan levensveranderingen heeft plaatsgevonden in het voorbije jaar. Hierdoor is er een lage gevoeligheid voor gezondheidsproblemen die veroorzaakt zijn door stress. Een totaalscore van 150 tot 300 punten, betekent dat er 50 procent meer kans is op gezondheidsproblemen in de komende twee jaar. Wanneer men een totaalscore heeft van 300 punten of meer, is er 80 procent kans op gezondheidsproblemen in de volgende twee jaar. Deze berekeningen zijn gebaseerd op basis van het statistisch voorspellingsmodel van Holmes en Rahe (The American Institute of Stress, s.d.).

We geven de stressschaal van Holmes en Rahe in onderstaande figuur weer. Hierop is bijvoorbeeld te zien dat trouwen (nummer 7) een hoge waarde krijgt toegekend, namelijk een score van 50. Voor een zwangerschap (nummer 12) geldt een waarde van 40 en staat daarmee ook tamelijk hoog in de lijst. Het krijgen van een nieuw familielid zoals bijvoorbeeld bij een geboorte of adoptie (nummer 14), heeft een waarde van 39 en staat



daarmee ook eerder hoog in de ranking. Iets lager in de lijst, staat "kinderen die het ouderlijk huis verlaten" (nummer 23) met een score van 29. Wanneer we dit alles bij elkaar nemen en kijken naar zwangerschap en het krijgen van een nieuw familielid (waaronder geboorte), kunnen we voorzichtig concluderen dat het krijgen van een kind een tamelijk grote impact kan hebben op moeders (en vaders). Mogelijks gaat het moederschap ook gepaard met andere belangrijke levensgebeurtenissen zoals bijvoorbeeld veranderingen in vrijetijdsbesteding (nummer 34 met een waarde van 19), een verandering in sociale activiteiten (nummer 36 met een waarde van 18) of veranderingen in slaapgewoonten (nummer 38 met een waarde van 16).

**Figuur 4: Stressschaal van Holmes en Rahe**

**The Holmes-Rahe Life Stress Inventory**  
*The Social Readjustment Rating Scale*

**INSTRUCTIONS:** Mark down the point value of each of these life events that has happened to you during the previous year. Total these associated points.

LIFE EVENT	MEAN VALUE
1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital Separation from mate	65
4. Detention in jail or other institution	63
5. Death of a close family member	63
6. Major personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Being fired at work	47
9. Marital reconciliation with mate	45
10. Retirement from work	45
11. Major change in the health or behavior of a family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual Difficulties	39
14. Gaining a new family member (i.e. ... birth, adoption, older adult moving in, etc.)	39
15. Major business readjustment	39
16. Major change in financial state (i.e. ... a lot worse or better off than usual)	38
17. Death of a close friend	37
18. Changing to a different line of work	36
19. Major change in the number of arguments w/spouse (i.e. ... either a lot more or a lot less than usual regarding child rearing, personal habits, etc.)	35
20. Taking on a mortgage (for home, business, etc. ...)	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work (i.e. promotion, demotion, etc.)	29
23. Son or daughter leaving home (marriage, attending college, joined mil.)	29
24. In-law troubles	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse beginning or ceasing work outside the home	26
27. Beginning or ceasing formal schooling	26
28. Major change in living condition (new home, remodeling, deterioration of neighborhood or home etc.)	25
29. Revision of personal habits (dress manners, associations, quitting smoking)	24
30. Troubles with the boss	23
31. Major changes in working hours or conditions	20
32. Changes in residence	20
33. Changing to a new school	20
34. Major change in usual type and/or amount of recreation	19
35. Major change in church activity (i.e. ... a lot more or less than usual)	19
36. Major change in social activities (clubs, movies, visiting, etc.)	18
37. Taking on a loan (car, tv, freezer, etc.)	17
38. Major change in sleeping habits (a lot more or a lot less than usual)	16
39. Major change in number of family get-togethers (**)	15
40. Major change in eating habits (a lot more or less food intake, or very different meal hours or surroundings)	15
41. Vacation	13
42. Major holidays	12
43. Minor violations of the law (traffic tickets, jaywalking, disturbing the peace, etc.)	11

**Now, add up all the points you have to find your score** **TOTAL**

150pts or less means a relatively low amount of life change and a low susceptibility to stress-induced health breakdown.  
150 to 300 pts implies about a 50% chance of a major health breakdown in the next 2 years.  
300pts or more raises the odds to about 80%, according to the Holmes-Rahe statistical prediction model.

(Bron: The American Institute of Stress, s.d.)

## **4.2 Het biologische aspect**

Na de geboorte doen er zich tal van lichamelijke en hormonale veranderingen voor in het lichaam van pas bevallen moeders. De meeste vrouwen geven aan dat ze zich pas na negen maanden tot een jaar weer "de oude" voelen (Croon & Van der Post, 2011). Omdat het ons binnen dit kader te ver zou leiden, zullen we hier slechts heel kort op ingaan en beperken we ons tot slechts enkele voorbeelden van lichamelijke en hormonale veranderingen. Het spreekt voor zich dat er daarnaast nog anderen zijn.

### **4.2.1 Lichamelijke veranderingen**

#### **4.2.1.1 Baarmoederinvolutie**

In de eerste weken na de geboorte is er sprake van baarmoederinvolutie. Dit wil zeggen dat de baarmoeder stilaan weer haar oorspronkelijke vorm en grootte aanneemt. Dit gebeurt spontaan door middel van kleine contracties of samentrekkingen van de baarmoeder (Bogaerts, 2016; Partena Ziekenfonds, s.d.). De contracties zorgen ervoor dat het bloedverlies beperkt wordt. Deze contracties of naweeën kunnen best pijnlijk zijn. Vooral vrouwen die een tweede of volgend kind krijgen, ondervinden hierbij het meeste hinder. Ook bij het geven van borstvoeding, kunnen de naweeën – onder invloed van het hormoon oxytocine – pijnlijker worden (Croon & Van der Post, 2011).

#### **4.2.1.2 Kraamvloed**

Tot ongeveer zes weken na de bevalling kunnen vrouwen last hebben van kraamvloed of bloedverlies (Croon & Van der Post, 2011; UZ Leuven, 2020).

#### **4.2.1.3 Figuur en lichaamsgewicht**

Tijdens de zwangerschap komen vrouwen aan in lichaamsgewicht. De eerste dagen na de bevalling verliezen ze al een groot aantal van deze kilo's door het verlies van het gewicht van de baby, placenta, vruchtwater enzovoort. Langzaam neemt het lichaam zijn oorspronkelijke vorm weer aan (UZ Leuven, 2020). Toch kan het tot enkele maanden duren voordat vrouwen weer op hun oorspronkelijke gewicht zijn (Croon & Van der Post, 2011). Ten gevolge van het uitzetten van het lichaam, kunnen zwangerschapsstriemen ontstaan. Deze verdwijnen na de geboorte niet volledig (Bogaerts, 2016).

#### **4.2.1.4 Spieren van buik, bekkenbodem, benen en rug**

Uiteraard brengt de zwangerschap ook veranderingen in verschillende spieren met zich mee, waaronder de bekkenbodemspieren, buikspieren enzovoort. Door middel van kinesitherapie-oefeningen en voldoende beweging kan men ervoor zorgen dat deze spieren zich terug herstellen (Croon & Van der Post, 2011).

#### **4.2.1.5 Postpartum complicaties**

Sommige moeders krijgen ook te maken met postpartum complicaties zoals bijvoorbeeld problemen bij het plassen, urine-incontinentie, verlies van ontlasting, constipatie, aambeien, een trombosebeen enzovoort (Croon & Van der Post, 2011).

Daarnaast kunnen vrouwen na de bevalling nog te maken krijgen met allerlei andere lichamelijke veranderingen. Het spreekt voor zich dat sommige kwaaltjes of veranderingen in het lichaam en figuur een impact kunnen hebben op het mentaal welzijn van moeders.

#### **4.2.2 Hormonale veranderingen**

Door het wegvallen van de hormonen die door de placenta werden aangemaakt en door borstvoeding die op gang komt, verandert er na de bevalling heel veel in de hormoonhuishouding bij pas bevallen moeders. Het evenwicht in deze hormoonhuishouding dient zich langzaam weer te herstellen, hetgeen een invloed kan hebben op de stemming en emoties van moeders (ISALA, 2018). De zwangerschapshormonen verlaten langzaam het lichaam, waardoor vrouwen onder andere kunnen gaan zweten, last kunnen krijgen van opvliegers of te maken krijgen met de zogenaamde kraamtranen (zie verder) (Croon & Van der Post, 2011).

#### **4.2.3 Lichamelijke problemen en emotioneel welzijn**

Uit een onderzoek van Brown en Lumley (2000) blijkt dat *"lichamelijke en aanverwante gezondheidsproblemen die verband houden met een significant verhoogde kans op depressie na zes tot zeven maanden waren: vermoeidheid, urine-incontinentie, rugpijn, seksuele problemen en meer hoest, verkoudheid en kleine ziektes dan normaal"* (p. 1194).

Bij een follow-up onderzoek was er een statistisch verband terug te vinden tussen een lager niveau van emotioneel welzijn en drie fysieke gezondheidsfactoren, namelijk: *"vermoeidheid, urine-incontinentie en meer kleine ziekten dan normaal"* (Brown & Lumley, 2000, p. 1194).

Deze studie toont aan dat er een verband bestaat *"tussen het emotionele welzijn van de moeder en de lichamelijke gezondheid en het herstel in de postnatale periode"* (Brown & Lumley, 2000, p. 1194). Het kan in de praktijk zinvol zijn om hiermee rekening te houden.

### **4.3 Het psycho-emotionele aspect**

In dit onderdeel werpen we een blik op de psycho-emotionele impact die het moederschap kan hebben op vrouwen. We doen dit door drie specifieke fenomenen uit te leggen waarmee moeders te maken kunnen krijgen na de geboorte van een kind. We beginnen

bij "babyblues", gevolgd door "moederrouw" en "matrescentie". We beschouwen deze fenomenen als normale processen die zonder klinische ziektebeeld gepaard kunnen gaan met het moederschap.

### **4.3.1 Algemeen**

Het spreekt voor zich dat het krijgen van een kind een ingrijpende gebeurtenis is. Het is namelijk de start van een nieuwe levensfase. In deze fase kunnen moeders geconfronteerd worden met extra uitdagingen en kunnen ze twijfels en extra zorgen ervaren. De lichamelijke veranderingen die na de geboorte plaatsvinden in het lichaam van moeders, kunnen een impact hebben op hun gemoedstoestand, stemming en emoties. Moeders kunnen te maken krijgen met stemmingsschommelingen en ze kunnen zich het eerste jaar meer kwetsbaar voelen. Hoewel de meeste vrouwen zich na de geboorte doorgaans gelukkig voelen, ervaart één op de vijf vrouwen ernstige emotionele problemen tijdens het eerste jaar na de geboorte (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.; Kind en Gezin, s.d. b).

### **4.3.2 Babyblues**

De meeste moeders ervaren na hun bevalling "babyblues" (Mayo Clinic Staff, 2018). Ongeveer 50 tot 70 procent van de moeders krijgt hier na de geboorte mee te maken (Van Weddingen, 2018). De oorzaken hiervan zijn te vinden in de vele lichamelijke, emotionele en sociale veranderingen waarmee moeders op korte tijd na de bevalling te maken krijgen. Moeders moeten wennen aan hun nieuwe rol en hun lichaam dient te herstellen van de zwangerschap en geboorte. De hormoonspiegels bij vrouwen die recent bevallen zijn, veranderen sterk in korte tijd. Daarnaast kunnen ook stress en vermoeidheid de babyblues in de hand werken (Kind en Gezin, s.d. a). Ook de verantwoordelijkheidsdruk die moeders na de geboorte ervaren, kunnen de babyblues versterken (Van Weddingen, 2018).

Velerlei bronnen spreken over verschillende periodes waarin de babyblues aanwezig kunnen zijn bij moeders. Vanuit verschillende literatuur kunnen we besluiten dat de babyblues beginnen vanaf twee tot vijf dagen na de bevalling en tot twee weken nadien kan aanhouden (Kind en Gezin, s.d. a; Mayo Clinic staff, 2018; Van Weddingen, 2018).

De voornaamste kenmerken die door verschillende bronnen worden genoemd, zijn stemmingswisselingen, huilbuien (schijnbaar zonder aanleiding) en slaapproblemen. Daarnaast kan er ook sprake zijn van ongerustheid, verdriet, prikkelbaarheid, zich overweldigd voelen, verminderde concentratie, eetlustproblemen en angst (Kind en Gezin, s.d. a; Mayo Clinic staff, 2018).

Het ervaren van "babyblues" na de bevalling, is een normaal proces en is meestal tijdelijk van aard. Toch, wanneer de gevoelens van somberheid en lusteloosheid langer dan twee weken duren, is het aangewezen om bijvoorbeeld een arts of vroedvrouw te raadplegen. Er kan dan mogelijk sprake zijn van een postpartum depressie (Kind en Gezin, s.d. a). In hoofdstuk vijf gaan we op dit laatste dieper in.

Volgens Van Weddingen (2018) kunnen de babyblues voor een aantal moeders overgaan in moederrouw.

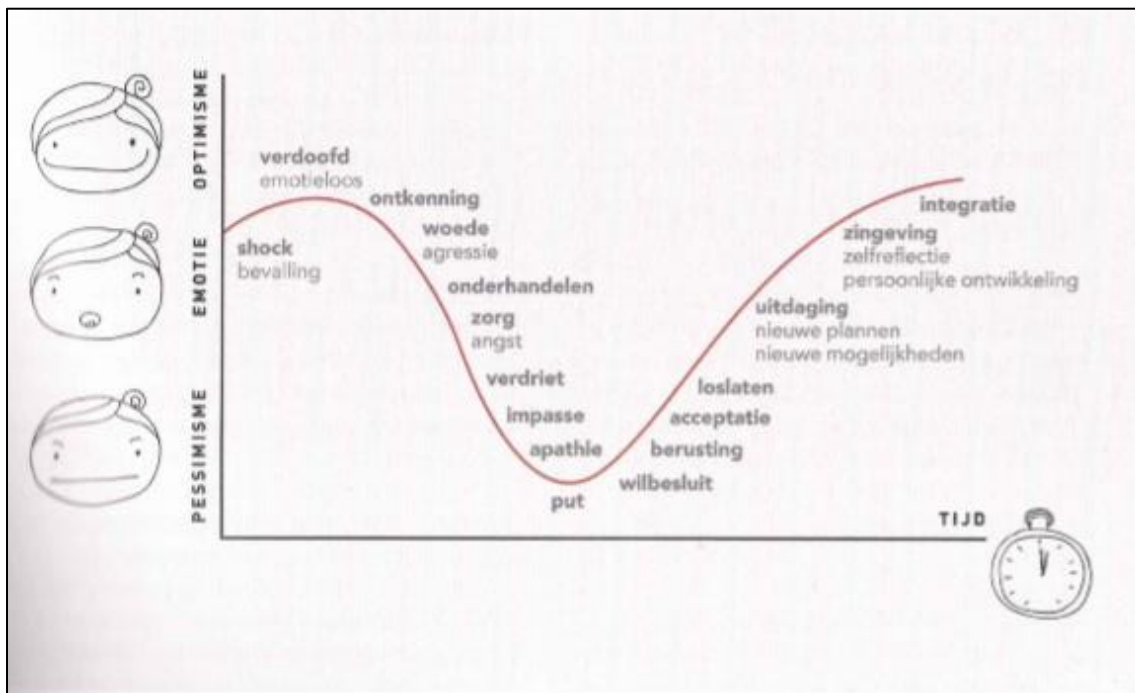
### **4.3.3 Moederrouw**

Het begrip "moederrouw" is een begrip dat bedacht werd door Lieve Van Weddingen en is gebaseerd op haar jarenlange ervaring als therapeut en coach. Ze schreef hierover een aantal zaken in haar boeken "Mijn baby lacht... nu ik nog!" en "101 vragen van kersverse mama's". De term "moederrouw" is dus geen officiële term die terug te vinden is in andere literatuur, zo blijkt uit persoonlijke communicatie met Lieve Van Weddingen (persoonlijke communicatie, 22 juni 2020).

Volgens Van Weddingen (2018) komen een aantal moeders (en vaders) na de geboorte van hun kind in een soort rouwproces terecht. Dit rouwproces noemt Van Weddingen "moederrouw". Moeders laten gedurende dit rouwproces heel wat zaken los die ze verloren zijn op het moment dat ze ouder werden. Zaken die ze moeten loslaten zijn bijvoorbeeld: hun ideaalbeelden, de relatie met hun partner, hun carrière, hun lichaam of hun sociale contacten. *"Een kind krijgen, heeft vaak een enorme impact op zowel de man als de vrouw, de wereld daverd, de kaarten worden herschud. Niets is nog hetzelfde. En dat is ook "normaal". Het is een gezonde reactie op een grote verandering. Je krijgt een kind maar je verliest in eerste instantie ook veel. Een kind krijgen, betekent dus aanpassen. Jezelf aanpassen aan de nieuwe situatie en dat kost tijd. Dat gaat gepaard met pijn en tranen, zoals dat bij alle verlieservaringen gaat. Moederrouw."*, zo schrijft Lieve Van Weddingen in haar cursus voor Postpartum Consulentes (Van Weddingen, 2018, p. 14).

Van Weddingen pleit in haar boek en cursus voor het normaliseren van dit aanpassingsproces. Ze beschouwt moederrouw als een normaal, gezond proces en benadrukt het belang van het ondersteunen van ouders, in plaats van het bestempelen aan de hand van bijvoorbeeld een depressie-diagnose (Van Weddingen, 2013; Van Weddingen, 2018). In haar boek "101 vragen van kersverse mama's" geeft van Weddingen aan dat moederrouw één tot twee jaar kan duren en gepaard kan gaan met ambivalentie. Onderstaande figuur geeft deze ambivalentie weer in functie van tijd en de emoties die moeders kunnen ervaren. Echter is dit geen lineair proces en hoeven deze gevoelens niet persé in dezelfde volgorde plaats te vinden (Van Weddingen, 2017).

**Figuur 5: Proces moederrouw**



(Bron: Van Weddingen, 2017)

Van Weddingen schrijft dat er zeker vrouwen zijn "die het moederen zich heel snel toe-eigenen" (Van Weddingen, 2018, p. 14). Toch is dit – volgens haar – voor het grootste deel van de moeders niet zo. Van Weddingen zegt dat "veel" moeders te maken krijgen met moederrouw (Van Weddingen, 2018). Vermoedelijk kunnen we aannemen dat deze stelling gekleurd is vanuit haar praktijkervaring als therapeut waarbij ze wellicht meer te maken krijgt met moeders die emotionele problemen ervaren. Om deze reden kiezen we er liever voor om te spreken over "een aantal" moeders dat met moederrouw te maken krijgt. Hoeveel moeders hiermee precies te maken krijgen in de doorsnee Vlaamse populatie, kunnen we niet zeggen omdat hierover geen wetenschappelijk onderzoek gebeurd is.

Vanuit ons persoonlijk standpunt zijn we er zelf minder voorstander van om bovenstaand proces te benoemen onder de term "moederrouw". Naar onze mening zit er een eerder negatieve lading op het woord "rouw" waardoor er mogelijks een negatieve connotatie met dit woord wordt gemaakt. Dit kan er – naar onze mening – voor zorgen dat taboes in stand gehouden worden. Volgens ons kan deze negatieve connotatie er bijgevolg voor zorgen dat het proces dat we hierboven reeds beschreven, als iets negatief en abnormaal gezien wordt. Dit terwijl wij er net voor willen pleiten om dit proces te normaliseren, zonder daarbij de impact die dit voor moeders kan hebben, uit het oog te verliezen of te minimaliseren.

#### 4.3.4 Matrescentie

In dit onderdeel beschrijven we een proces dat te maken heeft met de identiteitsontwikkeling van moeders, namelijk "matrescentie".

Psychiater Alexandra Sacks (TED Institute, 2018) wil de overgang naar het moederschap normaliseren aan de hand van de term "matrescence" of "matrescentie". Binnen haar tienjarige praktijkervaring als psychiater merkte ze op dat vele moeders na de geboorte van hun baby twijfels of ongelukkige emoties ervaarden omtrent het moederschap. Ze hadden bijvoorbeeld twijfels over hun moederlijke instincten of stelden vast dat ze moeilijk konden genieten van hun baby. Heel wat moeders uit haar cliënteel voelden zich ontoereikend binnen het moederschap en stelden zich naar aanleiding daarvan de vraag of ze te maken hadden met een postnatale depressie. Volgens Sacks wil dit gevoel van onbehagen niet persé zeggen dat er sprake is van een klinische depressie in de vorm van een ziekte. Een term om deze gevoelens van onbehagen te beschrijven, vond Sacks terug in antropologische literatuur (TED Institute, 2018). Het begrip "matrescence" of "matrescentie" werd oorspronkelijk bedacht door Dana Raphael en pleit voor het belang om moeders te ondersteunen bij het vormen van een emotionele band met diens baby's. Het betreft echter het "leren moederen" door middel van steun van andere vrouwen (Raphael, D., 1973). Sacks stelde vast dat vele moeders onrealistische verwachtingen hebben van hoe het moederschap voelt. Zo hebben vele moeders – volgens haar – het gevoel dat er iets mis is met hen. De transformatie en het veranderingsproces dat heel wat moeders doormaken na de geboorte van hun baby, beschrijft Sacks onder de noemer "matrescence", hetgeen afgeleid is van de term "adolescence". Sacks vergelijkt hormonale en lichamelijke veranderingen bij vrouwen in de zwangerschap en na de geboorte met de hormonale en lichamelijke veranderingen die zich bij tieners voordoen. Deze *"lichamelijke en hormonale veranderingen leiden tot een omwenteling in hoe een persoon zich emotioneel voelt"* (Sacks, A. in TED Institute, 2018). Hierdoor kan er ambivalentie ontstaan, hetgeen volgens Sacks vaak verward wordt met een ernstigere aandoening, namelijk postnatale depressie. Volgens Sacks ontstaat er een emotioneel getouwtrek tussen hormonale en fysieke veranderingen enerzijds en psycho-emotionele veranderingen anderzijds (TED Institute, 2018).

Hormonen – waaronder oxytocine -, huid-op-huidcontact en dergelijke, zorgen ervoor dat de moeder in zichzelf keert en zich daardoor kan focussen op de baby. *"Maar tegelijkertijd duwt haar geest de moederrol weg omdat ze zich alle andere delen van haar identiteit herinnert, waaronder haar relaties, werk, hobby's, een spiritueel en intellectueel leven, fysieke behoeften (waaronder slapen, eten, bewegen, seks hebben, naar het toilet gaan). Dit is het emotionele getouwtrek van de matrescentie. Als vrouwen wisten dat – onder*

*deze omstandigheden – ambivalentie normaal is en niet iets om je voor te schamen, dan zouden ze zich minder alleen voelen, dan zouden ze zich minder gestigmatiseerd voelen”, aldus Sacks (TED Institute, 2018).*

Volgens Sacks zouden vrouwen meer met elkaar moeten praten over deze overgang naar het moederschap. Ze doelt niet enkel op het praten met professionals, maar vooral met andere moeders, vrienden en hun partner. Zo wordt volgens Sacks de kijk op dit transformatieproces genormaliseerd binnen de samenleving, kunnen moeders hun eigen transformatie beter begrijpen en worden ze meer gesteund door hun omgeving. Tot slot sluit Sacks de TED conferentie af met de woorden: *“Wanneer een baby geboren wordt, wordt er ook een moeder geboren, elk op haar eigen wankele manier. Matrescentie is een diepgaand proces. Maar het is ook hard en dat is wat het menselijk maakt”* (TED Institute, 2018).

### **4.3.5 Psychische problemen**

Een aantal moeders kunnen na de geboorte van een kind ook te maken krijgen met psychische problemen, als gevolg van biologische, psycho-emotionele en sociale veranderingen. In hoofdstuk vijf zullen we stilstaan bij enkele psychische problemen waarmee moeders na de geboorte van een kind te maken kunnen krijgen. We gaan er bij psychische problemen vanuit dat in de meeste gevallen professionele hulpverlening aangewezen kan zijn, dit in tegenstelling tot de drie fenomenen die we hiervoor reeds besproken hebben.

Uiteraard dienen we hierbij te benadrukken dat de psychische problemen die moeders na de geboorte kunnen ervaren ook voor of tijdens de zwangerschap kunnen ontstaan. De oorzaak van het ervaren van psychische problemen na de geboorte van een kind dient dus niet noodzakelijk toegeschreven te worden aan de geboorte of het moederschap an sich.

## **4.4 Het sociale aspect**

Het spreekt voor zich dat het krijgen van een kind ook heel wat invloed heeft op het sociale leven van moeders. In dit hoofdstuk bespreken we de sociale impact van het moederschap aan de hand van de begrippen “sociale posities”, “sociale rollen” en “rollenconflicten”. We staan ook kort stil bij de impact die het krijgen van het kind kan hebben op de partnerrelatie en benadrukken het belang van sociale steun. Tot slot koppelen we terug naar de begrippen eenzaamheid en sociale isolatie.



#### **4.4.1 Posities en rollen**

Wanneer vrouwen een kind krijgen, nemen ze een nieuwe positie in, namelijk de positie als moeder. Aan iedere positie zijn bepaalde rollen gekoppeld. Dit zijn de verwachtingen die men heeft tegenover die rol. Vaak bestaan er in onze samenleving verschillende opvattingen van hoe men een bepaalde rol best invult. Dit is bijvoorbeeld ook zo bij een moederrol. De opvattingen van hoe men deze best zou invullen, kunnen sterk verschillen en worden mede bepaald door het karakter van de moeder, de opvoeding die ze mee kreeg, haar sociaal-economische status, het karakter van het kind, omgevingsfactoren enzovoort. Aan elke positie kunnen meerdere rollen gekoppeld zijn en dit brengt verschillende verwachtingen van meerdere personen met zich mee tegenover de persoon in kwestie (in ons voorbeeld de moeder). Dit noemt men "role-set" (Keasberry, 2010). Een moeder bekleedt bijvoorbeeld de rol van moeder van kind A, moeder van kind B en moeder van kind C. De verwachtingen die haar drie kinderen van haar hebben, kunnen onderling verschillen en op die manier een innerlijk conflict teweeg brengen bij de moeder.

Daarnaast kan diezelfde moeder ook verschillende posities bekleden. Dit noemt men "positie-set". De moeder bekleedt bijvoorbeeld de posities van partner, werkneemster, vriendin, dochter, vrijwilligster enzovoort. Wanneer deze verschillende posities een conflict met zich mee brengen, spreekt men van een extern rollenconflict (Keasberry, 2010). Neem bijvoorbeeld de positie van werkneemster. Een moeder kan ervoor kiezen om deeltijds in plaats van voltijds te werken of ze kan de werkgever vragen om kolfpauzes te nemen in functie van het geven van borstvoeding. Toch kan het zijn dat de werkgever verwacht dat de moeder in de gegeven situatie even efficiënt of productief blijft werken als voorheen.

Het lijkt ons voor de hand liggend dat na het krijgen van een kind, moeders te maken kunnen krijgen met verschillende rolconflicten. Enerzijds dienen moeders hun tijdsbesteding te herzien en kunnen bepaalde rollen of verwachtingen die zowel de moeder als anderen koppelen aan de moeder haar positie, niet meer ingelost worden als voorheen. Een moeder heeft bijvoorbeeld minder tijd om op stap te gaan met haar vriendin of ze kan door gebrek aan tijd en energie minder kwalitatieve gesprekken voeren met haar partner. Het zijn maar enkele voorbeelden van mogelijke conflicten waarmee moeders na de geboorte te maken kunnen hebben.

#### **4.4.2 Partnerrelatie**

Hoewel de geboorte van een baby voor heel wat ouders gepaard gaat met vreugde, geluk, voldoening en genegenheid, vraagt het voor een groot deel van de koppels tegelijkertijd een aanpassing aan het ouderschap en diens nieuwe rol daarin. De constante zorg en aandacht die baby's nodig hebben, spelen hierin mee. Verstoorde slaap, borstvoeding en

huilen behoren tot één van de uitdagingen die gepaard gaan met het ouderschap (Petch & Halford, 2008). Voornamelijk ouders met een eerste kind en moeders maken een grote verandering door en besteden veel meer tijd aan het gezin dan voor de geboorte (Belsky, Lang & Huston, 1986; Hackel & Ruble, 1992; Ruble, Fleming, Hackel & Strangor, 1988). Moeders hebben samen met hun partner minder tijd voor ontspanning en gemeenschappelijke activiteiten (Claxton & Perry-Jenskins, 2008; Huston & Vangelisti, 1995; Macdermid, Huston & McHale, 1990). Doordat de focus op de partner verschuift naar het kind, kan dit een negatieve invloed hebben op de partnerrelatie (Kluwer, 2010). Volgens Twenge, Campbell en Foster (2003) ervaren vooral vrouwen en ouders van zuigelingen de meeste rolconflicten en de grootste vrijheidsbeperking. Vrouwen beleven namelijk meer persoonlijke en carrière gerelateerde veranderingen na de zwangerschap, bevalling en postpartum periode dan mannen. Zuigelingen hebben meer nood aan directe zorg dan oudere kinderen (Twenge et al., 2003).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kwaliteit en tevredenheid over het huwelijk (of de relatie) na de geboorte van een eerste kind afneemt (Belsky & Kelly, 1994; Belsky, Lang & Rovine, 1983; Hackel & Ruble, 1992). Uit onderzoek naar de overgang naar het ouderschap bleek dat er bij nieuwe ouders sprake is van meer onenigheid en conflicten tegenover voor de bevalling en dat er veranderingen zijn in de communicatie en intimiteit (Cowan et al., 1985; Grote & Clark, 2001; Kluwer, Heesink & Van de Vliert, 1996, 1997; Kluwer & Johnson, 2007). Volgens Grote en Clark (2001) is er ook een daling in seksuele tevredenheid.

Algemeen kunnen we concluderen dat ongeveer de helft van de koppels negatieve veranderingen ervaart in de relatie na de geboorte van hun kind. Deze negatieve impact is het grootste bij moeders, ouders van zuigelingen en in het bijzonder bij moeders van zuigelingen (Kluwer, 2010). Echter willen we bij bovenstaande bevindingen benadrukken dat een groot deel van de boven vernoemde onderzoeken al enkele jaren oud zijn en dat deze hebben plaatsgevonden in verschillende landen. Voorzichtigheid bij de interpretatie ervan is dus enigszins aanbevolen. Tevens kunnen we deze niet generaliseren naar de Vlaamse populatie.

Ondanks dat een relatie vaak onder druk gezet wordt na de geboorte, kunnen volgens Van Weddingen (2017) koppels elkaar in deze periode ook beter leren kennen en helpen waar nodig. Een goede communicatie, tijd maken voor elkaar, met elkaar in verbinding gaan, lichaamscontact maken en praten met elkaar, kunnen hierbij helpen volgens Van Weddingen (2017).

### 4.4.3 Sociale steun

Uit een interview met Lieve Van Weddingen op 12 maart 2020, blijkt het belang van sociale steun na de geboorte van een kind heel groot te zijn bij moeders. Deze steun kan geboden worden door familie, een goede vriendin, de partner of bijvoorbeeld het kiezen van een buddy. Een buddy kan iemand zijn die zowel voor als na de zwangerschap de moeder bijstaat in moeilijke periodes, iemand waarbij moeders steeds terecht kunnen met hun vragen, bezorgdheden, twijfels of om te ventileren (persoonlijke communicatie, 12 maart 2020). Indien nodig kunnen moeders ook steun zoeken in de vorm van professionele begeleiding, al zijn we er persoonlijk van overtuigd dat we zoveel mogelijk moeten inzetten op sociale steun vanuit de directe omgeving. Daarnaast zijn er ook tal van initiatieven en ontmoetingsplaatsen waar moeders terecht kunnen om contact te leggen met andere moeders. Mogelijks kunnen ze ook op die manier steun vinden bij elkaar.

Op de cover van het boek "Mijn baby lacht... nu ik nog!" staat een citaat te lezen van Marleen Temmerman: *"It takes two to make a child, and a village to raise a child. Alleen zijn er geen villages meer waar je opgroeit tussen zwangere vrouwen en kinderen, en de 'stiel' leert van moeder op dochter."* (Van Weddingen, 2017) Dit citaat geeft de verschuiving aan van de evolutie van vrouwengemeenschappen. Vroeger woonden vrouwen – volgens Van Weddingen (2017) – vaak samen of dicht bij elkaar waardoor ze elkaar konden ondersteunen in het moederschap. Dit is nu veel minder het geval. *"We worden niet meer omringd door vrouwen die ons het moeder-vak kunnen leren. Het sociaal vangnet van vrouwen is een pak kleiner en vooral anders geworden"*, aldus Van Weddingen (2018, p. 14).

Om eenzaamheid en isolatie te voorkomen, pleit Van Weddingen (2017) ervoor om steun aan te bieden aan moeders in de omgeving.

### 4.4.4 Eenzaamheid en sociale isolatie

Zoals reeds aangegeven, kan het krijgen van een kind ingrijpend zijn voor vrouwen. Na de geboorte van een baby doen er zich heel wat veranderingen voor in het leven van moeders. Hun levenspatroon verandert hierdoor grondig. Doordat er – na de geboorte van een baby – zoveel verandert in het leven van vrouwen, kan er (enorme) eenzaamheid ontstaan. Eenzaamheid ontstaat namelijk als gevolg op veranderingen in het levenspatroon waarmee men moeilijk kan omgaan. Toch is het voor vrouwen belangrijk om zich te realiseren dat het een normaal gegeven is wanneer men zich eenzaam voelt na het krijgen van een kind. Het is namelijk een logisch gevolg van de (vele) veranderingen die zich hebben voorgedaan. Dit alles vraagt – voor vrouwen – zowel aanpassing op persoonlijk vlak als in de relaties met anderen (Rijks, s.d. a).

In de fase van het ouderschap kunnen ouders kwetsbaar zijn voor eenzaamheid. De verandering van routine en de verminderde tijd om te socialiseren, kunnen er voor zorgen dat ouders zich alleen en geïsoleerd voelen. Gevoelens van eenzaamheid kunnen een normale reactie zijn op een ongemakkelijke situatie. Wanneer dit gedurende een langere tijd blijft duren, kan dit chronisch worden. Vooral ouders met kinderen jonger dan één jaar, alleenstaande ouders, ouders die niet voltijds werken of ouders die zorgen voor iemand met een handicap, blijken meer kans te hebben op het ervaren van eenzaamheid. Ook jonge ouders blijken een verhoogd risico op eenzaamheid te lopen (Action For Children, 2017).

Echter dienen we te benadrukken dat deze bevindingen gebaseerd zijn op basis van onderzoek dat in het Verenigd Koninkrijk heeft plaatsgevonden. Aan het einde van deze bachelorproef doen we onderzoek naar eenzaamheid bij Vlaamse moeders.

## **4.5 Tot slot**

In dit hoofdstuk bespraken we de impact die de geboorte van een kind kan hebben op moeders. Het moederschap werd hierbij benaderd als life-event. Daarnaast bespraken we enkele lichamelijke en hormonale veranderingen waarmee moeders te maken kunnen krijgen na de geboorte. De psycho-emotionele impact van het moederschap werd in het derde onderdeel weergegeven aan de hand van de fenomenen babyblues, moederrouw en matrescentie. Voor psychische problemen verwezen we door naar hoofdstuk vijf. Als laatste onderdeel bespraken we de sociale impact van het moederschap aan de hand van posities en rollen. We bespraken daarnaast ook de invloed die de geboorte van een kind kan hebben op de partnerrelatie en benadrukten het belang van sociale steun. Tot slot vertelden we meer over de impact die het krijgen van een kind kan hebben op de gevoelens van eenzaamheid en sociale isolatie voor zowel moeders als vaders.

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op enkele psychische problemen waarmee moeders na de geboorte te maken kunnen krijgen. We dienen hierbij te benadrukken dat de psychische problemen die moeders na de geboorte van een kind kunnen ervaren ook reeds voor of tijdens de zwangerschap kunnen ontstaan.

## 5 Psychische problemen

In dit hoofdstuk staan we kort stil bij enkele psychische problemen waarmee moeders te maken kunnen krijgen tijdens de zwangerschap en na de geboorte van hun kind. Het begrip "psychische problemen" mag in dit hoofdstuk ruim geïnterpreteerd worden. We beperken ons echter niet enkel tot psychische stoornissen die klinisch gediagnosticeerd worden.

Omdat we binnen het kader van deze bachelorproef voornamelijk de nadruk willen leggen op het thema "eenzaamheid bij moeders na de geboorte van een kind", zullen we in dit onderdeel slechts kort stilstaan bij de mogelijke psychische problemen die na de geboorte kunnen plaatsvinden bij moeders. Om deze reden zullen de psychische problemen slechts beperkt aan bod komen, zowel bij de literatuurbespreking als in het praktijkonderzoek. Omdat het ons te ver zou leiden, kiezen we ervoor om in deze bachelorproef niet stil te staan bij preventieve maatregelen of mogelijke begeleidingsvormen bij de psychische problemen die we in dit hoofdstuk bespreken.

In het praktijkonderzoek zullen we slechts onderzoeken of er al dan niet een samenhang te vinden is tussen psychische problemen en eenzaamheid bij moeders na de geboorte. Uiteindelijk geven we er de voorkeur aan om het onderwerp "psychische problemen na de geboorte van een kind" mee te nemen in de suggesties naar vervolgonderzoek en willen we – in het kader van deze bachelorproef – voornamelijk de focus leggen op het thema "eenzaamheid".

### 5.1 Algemeen

Het krijgen van een kind is een uniek gebeuren. Deze fase kan zowel uitdagingen als onverwachte zaken met zich meebrengen. Lichamelijke veranderingen in het lichaam van moeders, kunnen een invloed hebben op hun emoties. Ze kunnen meer stemmingsschommelingen ervaren dan anders. Moeders kunnen zich heel kwetsbaar voelen in de perinatale periode. Met de perinatale periode bedoelen we de periode van de zwangerschap tot twaalf maanden na de geboorte. Één op de vijf vrouwen blijkt in deze periode emotionele moeilijkheden te ervaren. Deze emotionele klachten kunnen verschillen van moeder tot moeder en kunnen zowel voor, tijdens als na de bevalling beginnen en plaatsvinden. Sommige vrouwen voelen zich niet meer blij en kunnen moeilijker genieten van activiteiten die ze daarvoor wel leuk vonden. Anderen zijn angstig, voelen zich gespannen of piekeren veel (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.).

Waar één op de vijf vrouwen psychische problemen ervaart tijdens de perinatale periode, blijkt dat bij 75 procent van hen de problemen niet herkend worden. Slechts één op tien van deze laatste groep krijgt de juiste hulp (Karus, s.d.).

Onderzoek naar perinatale psychische stoornissen, richtte zich voornamelijk op postnatale depressie. Uit onderzoek blijkt echter dat er een grote morbiditeit is met andere aandoeningen (Howard et al., 2014). Met "morbiditeit" bedoelen we het ziektecijfer of de frequentie waarin een bepaalde ziekte voorkomt in de totale bevolking (Woorden.org, s.d.). Echter beperken we ons in dit hoofdstuk niet enkel tot psychische stoornissen of psychische aandoeningen. We kiezen ervoor om dit hoofdstuk ruimer te interpreteren en onder de noemer van "psychische problemen" te benoemen. We bespreken de klachten met bijhorende symptomen die vermeld staan op de website "Wolk in mijn hoofd" (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.) en de mentale stoornissen beschreven in het artikel "Non-psychotic mental disorders in the perinatal period" met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen (Howard et al., 2014). Daarnaast kiezen we er ook voor om kort stil te staan bij het begrip (parentale) burn-out (Van Weddingen, 2018).

Concreet staan we in dit hoofdstuk stil bij de begrippen "babyblues", "postpartum depressie", "postpartum psychose", "postpartum angststoornis", "posttraumatische stressstoornis" en "(parentale) burn-out". In deze bachelorproef kiezen we ervoor om deze allen te categoriseren onder de noemer "psychische problemen".

## **5.2 Babyblues**

Ondanks het feit dat de meeste moeders na hun bevalling "babyblues" ervaren en dit een normaal gegeven is (Mayo Clinic Staff, 2018) waarbij professionele begeleiding niet persé noodzakelijk is, kiezen we ervoor om deze alsnog te bespreken in dit hoofdstuk. Ongeveer 50 tot 70 procent van de moeders krijgt hier na de geboorte mee te maken (Van Weddingen, 2018). De oorzaken hiervan zijn te vinden in de vele lichamelijke, emotionele en sociale veranderingen waarmee moeders op korte tijd na de bevalling te maken krijgen. Moeders moeten wennen aan hun nieuwe rol en hun lichaam dient te herstellen van de zwangerschap en geboorte. De hormoonspiegels bij vrouwen die recent bevallen zijn, veranderen sterk in korte tijd. Daarnaast kunnen ook stress en vermoeidheid de babyblues in de hand werken (Kind en Gezin, s.d. a). Ook de verantwoordelijkheidsdruk die moeders na de geboorte ervaren, kunnen de babyblues versterken (Van Weddingen, 2018).

Velerlei bronnen spreken over verschillende periodes waarin de babyblues aanwezig kunnen zijn bij moeders. Vanuit verschillende literatuur kunnen we besluiten dat de babyblues beginnen vanaf twee tot vijf dagen na de bevalling en tot twee weken nadien kan aanhouden (Kind en Gezin, s.d. a; Mayo Clinic staff, 2018; Van Weddingen, 2018).

De voornaamste kenmerken die door verschillende bronnen worden genoemd, zijn stemmingswisselingen, huilbuien (schijnbaar zonder aanleiding) en slaapproblemen. Daarnaast kan er ook sprake zijn van ongerustheid, verdriet, prikkelbaarheid, zich

overweldigd voelen, verminderde concentratie, eetlustproblemen en angst (Kind en Gezin, s.d. a; Mayo Clinic staff, 2018).

Het ervaren van "babyblues" na de bevalling, is een normaal proces en is meestal tijdelijk van aard. Toch, wanneer de *"spanningsklachten langer dan twee à drie weken blijven bestaan en de sombere gevoelens en/of de angstgevoelens nog heviger worden"*, kan er sprake zijn van een perinatale (of postpartum) depressie of een angststoornis (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid (s.d.)).

### **5.3 Postpartum depressie**

Een postpartum depressie (ook wel "postnatale depressie" genoemd) kan in het begin aanzien worden als babyblues. Echter zijn de symptomen van een postpartum depressie intenser en duren deze langer dan bij babyblues. Wanneer er sprake is van een postpartum depressie, kan het vermogen bij moeders om voor hun baby te zorgen in het gedrang komen (Mayo Clinic Staff, 2018).

De symptomen bij een postpartum depressie komen meestal tot stand binnen de eerste weken nadat de bevalling heeft plaatsgevonden. Ook kunnen ze eerder (tijdens de zwangerschap) of later (tot een jaar na de geboorte) aanvangen (Mayo Clinic Staff, 2018). *"De symptomen van depressie zijn dezelfde tijdens de zwangerschap en na de bevalling als op enig ander moment in het leven. In de perinatale periode kan een depressie over het hoofd gezien worden, omdat sommige klachten – zoals slecht slapen, geen zin hebben om te eten of zich uitgeput voelen – verkeerdelijk worden toegeschreven aan de zwangerschap of het mama worden"* (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.).

Een postpartum depressie kan worden gediagnosticeerd aan de hand van verschillende classificatiesystemen, waaronder de classificatie in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) en de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Howard et al., 2014). We geven de symptomen van beide classificatiesystemen weer in onderstaande figuur.

**Figuur 6: DSM-5 en ICD-10 diagnostische criteria voor depressie**

<p><b>DSM-5<sup>1</sup></b>  <b>Major depression</b>  At least five symptoms present for at least 2 weeks, for most of nearly every day</p> <p>A symptom must be:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressed mood</li> <li>• Markedly diminished interest or pleasure in all or most activities</li> </ul> <p>Other symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Substantial weight loss when not dieting or weight gain, or increase or decrease in appetite</li> <li>• Insomnia or hypersomnia</li> <li>• Psychomotor agitation or retardation</li> <li>• Fatigue or loss of energy</li> <li>• Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt</li> <li>• Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness</li> <li>• Recurrent thoughts of death or suicidal ideation (with or without a specific plan)</li> </ul> <p>Symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functionality</p> <p>Symptoms not due to direct physiological effects of a substance or another medical condition</p> <p>The occurrence of a major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder or other psychotic disorders and there has never been a manic or hypomanic episode</p> <p><b>Depressive episode with insufficient symptoms*</b>  Depressed affect and at least one other of the above symptoms associated with clinically significant distress or impairment persisting for at least 2 weeks</p> <p><b>With peripartum onset†</b>  Onset of mood symptoms happens during pregnancy or in the 4 weeks after delivery</p>	<p><b>ICD-10<sup>2</sup></b>  <b>Severe depression</b>  At least seven symptoms, usually present for at least 2 weeks, experienced with severe intensity for most of every day</p> <p>All three key symptoms associated should be present:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistent sadness or low mood</li> <li>• Loss of interests or pleasure</li> <li>• Fatigue or low energy</li> </ul> <p>At least four associated symptoms should be present:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbed sleep</li> <li>• Poor concentration or indecisiveness</li> <li>• Low self-confidence</li> <li>• Poor or increased appetite</li> <li>• Suicidal thoughts or acts</li> <li>• Agitation or slowing of movements</li> <li>• Guilt or self-blame</li> <li>• Individual unable to continue with social, work or domestic activities, except to a very restricted extent</li> </ul> <p><b>Moderate depression</b>  At least two key symptoms and three associated symptoms should be present</p> <p><b>Minor depression</b>  At least two key symptoms and two associated symptoms should be present, with no symptoms present to an intense degree</p> <p><b>With postpartum onset</b>  Disorder commencing within 6 weeks of delivery</p> <p><small>ICD=international classification of diseases (published by WHO<sup>2</sup>). DSM=diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Changed from minor depression in DSM-4 (two to four depressive symptoms experienced for at least 2 weeks, one symptom should be depressed mood or loss of pleasure). † Changed from with postpartum onset in DSM-4 (onset of mood symptoms within first 4 weeks after delivery).</small></p>
--	---

(Bron: Howard, Molyneaux, Dennis, RoCHAT, Stein & Milgrom, 2014)

## 5.4 Postpartum psychose

Na de bevalling kan er een psychose ontstaan bij moeders. Dit wordt ook wel een "kraambedpsychose" of "postnatale psychose" genoemd. De postpartum psychose is gelijkaardig aan een gewone psychose die niet gekoppeld is aan het moederschap. Echter is de aanleiding bij een postpartum psychose het krijgen van een kind. Veranderingen in het immuunsysteem van pas bevallen moeders, liggen mede aan de oorzaak bij het ontstaan van een psychose. Ook het stoppen met het geven van borstvoeding, kan hierin een rol spelen (Psychosenet, s.d.). Volgens dokter Kristiaan Plasmans spelen infecties mogelijks ook een rol bij het ontstaan van een kraambedpsychose. Zo ziet men vaak een verstoring van de schildklier bij moeders die een postpartum psychose doormaken. Vaak is er geen psychische voorgeschiedenis bij moeders die een kraambed psychose krijgen na hun bevalling en is er meestal sprake van volledig herstel. Wel zouden moeders die na hun



eerste zwangerschap een postpartum psychose doormaken, 25 tot 50 procent meer kans hebben om na een volgende zwangerschap opnieuw een psychose te krijgen. Een postpartum psychose is weinig voorkomend en komt in ongeveer één tot twee op de duizend recent bevallen moeders voor, aldus dokter Plasmans in het interview met Psychosenet op 28 november 2017 (Psychosenet, 2017).

De periode waarin een postpartum psychose doorgaans optreedt, verschilt van bron tot bron. Op de website van Psychosenet geeft men aan dat de psychose na drie dagen tot vier weken na de bevalling kan optreden (Psychosenet, s.d.). Volgens de informatie die terug te vinden is op de website "Wolkinmijnhoofd.be", ontstaat een postpartum psychose meestal binnen twee weken na de bevalling. Men geeft aan dat het in uitzonderlijke situaties nog kan optreden tot twaalf weken na de geboorte van het kind (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.).

Volgens verschillende bronnen is er in de beginfase vaak sprake van slaapverstoring, toegenomen prikkelbaarheid, stemmingsschommelingen en euforische stemmingen (Bergink, Rasgon & Wisner, 2016; Psychosenet, 2017). Deze euforische stemmingen veranderen uiteindelijk in vreemd of vijandig gedrag, hetgeen kan leiden tot achterdocht. Daarna volgen psychotische beelden, waaronder waanbeelden en hallucinaties (Psychosenet, 2017). Met "waanbeelden" bedoelt men dat men verkeerde denkbeelden heeft over bepaalde situaties. Het gaat over het verlies van het besef met de realiteit. Gedachten komen dan niet overeen met de werkelijkheid. Bij "hallucinaties" is er sprake van een verstoorde waarneming waarbij men bepaalde zaken kan zien, ruiken, horen, proeven of voelen die er in werkelijkheid niet zijn (Psychosenet, s.d.). Meer dan de helft van de symptomen zou voor de eerste keer optreden op dag één tot drie na de geboorte (Jones et al., 2014).

Moeders die zich in een postpartum psychose bevinden, lopen een groot risico op het plegen van suïcide of infanticide (kinderdoding). Snel ingrijpen en professionele hulp is volgens Plasmans aanbevolen (Psychosenet, 2017). Andere symptomen kunnen ook zijn: onrustig en opgewonden gedrag, verwardheid en een verhoogde kans op agressie (tegenover het kind). De wanen hebben vaak betrekking op de baby (Psychosenet, s.d.).

## **5.5 Postpartum angststoornis**

*"Angst is een normale reactie op een stressvolle situatie. Meestal verdwijnen de angst of gespannenheid wanneer de stressvolle situatie voorbij is. Maar bij sommige personen blijven de angst en gespannenheid aanwezig."* Mensen met een angststoornis voelen zich het meest van de tijd angstig zonder dat er noodzakelijk sprake is van een reactie op een

stressvolle situatie. De angst die men bij een postpartum angststoornis ervaart, kan het dagelijks leven belemmeren (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.).

Op de website "Wolkinmijnhoofd.be" staat onder de rubriek "symptomen" te lezen:

*"Er bestaan verschillende angststoornissen met elk hun eigen kenmerken.*

*Lichamelijk: hartkloppingen, benauwd gevoel, tintelingen, beven, zweten, snelle hartslag, duizelig, gevoel van geen lucht krijgen, koude rillingen of warmte-opwellingen, gevoel van flauwvallen.*

*Psychologisch: rusteloos, heel alert, opgejaagd gevoel, piekeren, gespannen, zich constant zorgen maken, rampdenken of obsessief denken, angst om dood te gaan of gek te worden.*

*Gedrag: vermijden van situaties die angst oproepen (bijvoorbeeld sociale contacten uit schrik voor commentaar van anderen, dat je het niet goed of niet goed genoeg doet, ...), overmatig checken van de baby uit schrik dat er iets mis is met de baby" (Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid, s.d.).*

De prevalentiecijfers schommelen, afhankelijk van de definiëring die men gebruikt (Gavin, Meltzer-Brody, Glover & Gaynes, 2015). Om deze reden kiezen we ervoor om hier geen prevalentiecijfers te vermelden.

## **5.6 Posttraumatische stressstoornis**

Een posttraumatische stressstoornis (PTTS) in de perinatale periode kan veroorzaakt worden door traumatische ervaringen die men heeft meegemaakt tijdens de zwangerschap of bevalling. Ook traumatische gebeurtenissen van voor de periode van conceptie kunnen dit veroorzaken. De prevalentie van postpartum PTTS varieert en is daarmee niet eenduidig (Howard et al., 2014).

Symptomen bij PTTS kunnen zijn:

- Herbeleving: bijvoorbeeld herbelevingen van de bevalling.
- Vermijding: bijvoorbeeld het bewust vermijden van alles wat aan de bevalling doet denken.
- Negatieve gedachten en stemmingen: bijvoorbeeld zich somber voelen, weinig plezier ervaren of onzekerheid.
- Hyperalertheid: bijvoorbeeld een hoge staat van alertheid waarbij men angst kan ervaren, overprikkeld geraakt of gevoelens van schuld en schaamte ervaart (Postpartum Steun België, s.d.).

## 5.7 (Parentale) burn-out

Hoewel er in het verleden meer dan 23 000 studies werden gedaan omtrent burn-out in functie van een professionele context (met name werk), hebben Mikolajczak en Roskam sinds kort ook empirisch bewijs gevonden dat opvoedingsstress kan leiden tot een burn-out bij ouders. Men noemt dit een "parentale burn-out" en deze omvat drie dimensies:

- 1) De ouder voelt een overweldigende uitputting met betrekking tot de ouderrol: men vindt dat het ouderschap te veel betrokkenheid eist, men voelt zich moe bij het ontwaken en men voelt zich emotioneel uitgeput bij hun ouderrol.
- 2) De ouder neemt emotionele afstand van diens kinderen: men is steeds minder betrokken bij de opvoeding van de kinderen, men doet slechts het hoogstnoodzakelijke voor de kinderen en de interacties met de kinderen zijn beperkt tot functionele aspecten. Dit laatste gaat ten koste van alle emotionele aspecten.
- 3) De ouder verliest zijn prestatie in diens ouderrol: men kan niet meer genieten van de kinderen, men heeft genoeg van het ouderschap en men kan zijn of haar rol als ouder niet meer verdragen (Mikolajczak & Roskam, 2020).

Echter verschillen alle bovenstaande symptomen met hoe men zich eerder voelde met betrekking tot het ouderschap (Mikolajczak & Roskam, 2020).

De parentale burn-out kan gemeten worden aan de hand van "The Parental Burnout Assessment (PBA)". Men peilt hierbij naar drie factoren, namelijk "emotionele uitputting" (acht items), emotionele afstand (acht items) en het verlies van ouderlijke prestaties (6 items). Het scoringssysteem is gebaseerd op een 7-punts Likertschaal waarbij "één" staat voor "nooit" en "zeven" voor "elke dag" (Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018). Voor Nederlandse en Vlaamse ouders bestaat er een Nederlandse vertaling, de Dutch version of the Parental Burnout Assessment (Burnout Parental, s.d.).

Na verschillende onderzoeken blijkt de prevalentie van parentale burn-out te liggen tussen acht procent en 36 procent. Dit cijfer is afhankelijk van de sociaal economische status van de ouders (Lindström, Aman & Norberg, 2011; Roskam, Raes & Mikolajczak, 2017; Roskam et al., 2018). Op basis van persoonlijke communicatie (mail) met professor Isabelle Roskam, blijkt de prevalentie in Vlaanderen vijf procent te zijn. Deze cijfers zijn gebaseerd op 302 respondenten en hierin zitten zowel moeders als vaders verwerkt (persoonlijke communicatie, 23 juni 2020). Belangrijk om te vermelden is dat we deze cijfers dus enkel kunnen veralgemenen naar Vlaamse ouders en niet naar Vlaamse moeders.

**Tabel 1: Prevalentie van parentale burn-out bij Vlaamse ouders**

2 French	Valide	,00	1253	91,3	91,3	91,3
		1,00	120	8,7	8,7	100,0
		Total	1373	100,0	100,0	
6 Dutch	Valide	,00	287	95,0	95,0	95,0
		1,00	15	5,0	5,0	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

(Bron: Roskam, I. (persoonlijke communicatie, 23 juni 2020))

## 5.8 Tot slot

In dit hoofdstuk bespraken we verschillende psychische problemen waarmee moeders na de geboorte te maken kunnen krijgen. In het volgende hoofdstuk integreren we het moederschap, eenzaamheid en psychische problemen vanuit verschillende wetenschappelijke onderzoeken. We gaan hierbij ook in op de link tussen eenzaamheid, psychische problemen en gezondheid. Daarnaast staan we ook kort stil bij de link tussen eenzaamheid en de rol van de partnerrelatie en bespreken we tevens de effecten van peer-support.

## **6 Moederschap, eenzaamheid en psychische problemen**

In dit integratief hoofdstuk bespreken we enkele studies waarin onderzoek gedaan werd naar verbanden tussen het moederschap, eenzaamheid en psychische problemen. In sommige onderzoeken werd er ook een verband gelegd met de partnerrelatie.

We willen benadrukken dat de onderzoeksgegevens die we in dit hoofdstuk zullen behandelen geen betrekking hebben op de Vlaamse populatie moeders. Aangezien er op het eerste zicht een lacune zit in de wetenschappelijke onderzoeksgegevens met betrekking tot eenzaamheid bij Vlaamse moeders van pasgeborenen of jonge kinderen, voelen we ons genoodzaakt om ook enkele internationale onderzoeken te bespreken. Uiteraard spreekt het voor zich dat we onze eigenlijke onderzoeksgegevens (zie hoofdstuk zeven) niet kunnen vergelijken met de resultaten van onderstaande onderzoeken aangezien deze laatste in andere landen hebben plaatsgevonden. Echter kunnen ze wel de basis vormen voor het onderzoekgedeelte dat we later in deze bachelorproef zullen bespreken.

We richten ons in dit hoofdstuk op twee onderzoeken die plaatsvonden in Finland, één in West-Pennsylvania, één in het Verenigd Koninkrijk en van één is de plaats niet bekend. Omdat het ons te ver zou leiden, beperken we ons tot de essentie van ieder onderzoek.

Eerst bespreken we de prevalentie van eenzaamheid bij moeders in verschillende landen. Vervolgens verdiepen we ons in de verbanden tussen eenzaamheid, psychische problemen (waaronder levenstevredenheid, depressieve symptomen, angst, sociale fobie, ...) en gezondheidsproblemen. We gaan ook kort in op de link tussen eenzaamheid en de partnerrelatie of relatietevredenheid. Daarnaast bespreken we kort de effecten van peer-support. We sluiten dit hoofdstuk af met een algemeen besluit.

### **6.1 Prevalentie eenzaamheid**

We veronderstellen dat er mogelijks verschillen terug te vinden zijn in de prevalentiecijfers van eenzaamheid tussen verschillende landen. Om deze reden kiezen we ervoor om steeds melding te maken van het land waarop de resultaten betrekking hebben. Volgens Yang en Victor (2011) zou men in Noord-Europese landen het laagste niveau van eenzaamheid ervaren. Dit blijkt uit een studie van 25 Europese onderzoeksonderwerpen. Mogelijks zou dit kunnen verklaren waarom de prevalentiecijfers met betrekking tot onderzoeken over eenzaamheid bij moeders die in Finland hebben plaatsgevonden, mogelijks lager liggen dan de eenzaamheidsprevalentie bij moeders uit andere landen. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden bij het interpreteren van volgende prevalentiecijfers.

Uit een onderzoek van Junntila et al. (2015) dat plaatsvond in Zuidwest-Finland bij 1797 moeders, stelde men vast dat er bij het grootste deel van de moeders sprake was van een stabiel en zeer laag gevoel van eenzaamheid. Er was namelijk een sterke stabiliteit wat betreft eenzaamheid vanaf de zwangerschap tot de peutertijd van het kind. Junntila et al. (2015) deden hierbij onderzoek naar sociale en emotionele eenzaamheid bij Finse moeders (en vaders afzonderlijk). Ze onderzochten de emotionele en sociale eenzaamheid op drie verschillende tijdstippen, namelijk: tijdens de 20<sup>e</sup> zwangerschapsweek, acht maanden postpartum en achttien maanden postpartum. Ze onderzochten dit aan de hand van de University of California, Los Angeles Loneliness scale (UCLA-eenzaamheidsschaal) (Russell, Peplau en Cutrona, 1980). Wat betreft emotionele eenzaamheid, vertoonde het grootste deel van de onderzochte moeders (85,5%) zeer lage en stabiele gevoelens van emotionele eenzaamheid, terwijl 8,7% van de moeders een toenemend gevoel van emotionele eenzaamheid ervaarde tijdens de perioden van de baby- en peutertijd van hun kind. Slechts 5,8% van de onderzochte moeders vertoonde stabiele en hoge gevoelens van emotionele eenzaamheid. Ook wat betreft sociale eenzaamheid vertoonde het grootste deel van de onderzochte moeders (78,2%) zeer lage en stabiele gevoelens van sociale eenzaamheid. Daarnaast bleek dat 5% van de moeders een sterk toenemend gevoel van sociale eenzaamheid ervaarde tijdens de baby- en peutertijd van hun kind. Tot slot ervaarde 16,8% van de onderzochte moeders stabiele en hoge gevoelens van sociale eenzaamheid. Men concludeerde hieruit dat er geen sprake was van een toename van eenzaamheid tijdens de zwangerschap. Hoewel de eenzaamheid al behoorlijk laag was tijdens de zwangerschap, blijkt uit het onderzoek dat eenzaamheid na de bevalling nog bleek te verminderen. Een mogelijke verklaring zoekt men in het idee dat het moederschap emotioneel zou kunnen lonen en dat de sociale netwerken mogelijk groter worden door bijvoorbeeld contact te hebben met andere gezinnen. Men wijst erop dat meer onderzoek nodig is om deze resultaten te kunnen bevestigen, daar waar onderzoek met betrekking tot eenzaamheid bij moeders na de geboorte slechts beperkt is (Junntila et al., 2015). Uit een onderzoek van Luoma, Korhonen, Puura en Salmelin (2018), dat plaatsvond in Tampere in Finland, blijkt dat 38% van de onderzochte moeders eenzaamheid ervaarden tijdens de zwangerschap. Slechts een klein deel van deze moeders meldde de frequente aanwezigheid van eenzaamheidsgevoelens (Luoma et al., 2018). Uit een onderzoek van Luoma, Korhonen, Salmelin en Tamminen (2015) blijkt dat 36% van de onderzochte moeders soms, vaak of altijd eenzaamheid ervaarden tijdens de zwangerschap (Luoma et al., 2015). Omdat er van dit laatste onderzoek slechts enkel een abstract terug te vinden is, kunnen we niet met zekerheid zeggen in welk land en bij welke respondenten het onderzoek heeft plaatsgevonden. Op basis van de bronnen uit het abstract, vermoeden we dat de studie heeft plaatsgevonden in Finland en is gebeurd in samenwerking met "Tampere University Hospital". Op basis van deze informatie zouden we voorzichtig kunnen

stellen dat de prevalentiecijfers van eenzaamheid ongeveer hetzelfde zijn als het onderzoek van Luoma et al. (2018), dat plaats vond in Tampere, Finland. Echter willen we hierbij benadrukken dat de resultaten van Luoma et al. (2015) enkel betrekking hebben tot gevoelens van eenzaamheid tijdens de zwangerschap en niet in de eerste periode van het moederschap.

Uit een enquête van 2087 ouders uit het Verenigd Koninkrijk blijkt meer dan 50% van de ouders een eenzaamheidsprobleem te ervaren. Één vijfde van deze ouders bleek zich in de afgelopen week eenzaam gevoeld te hebben (Action For Children, 2017). Deze resultaten hebben betrekking op ouders uit het Verenigd Koninkrijk, maar geven geen leeftijdsindicatie van diens kinderen. We kunnen dus niet vaststellen tot welke periode binnen het ouderschap deze resultaten betrekking hebben en of deze betrekking hebben tot de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Wel zouden ouders met een kind dat jonger is dan één jaar, meer kans op eenzaamheid hebben (Action For Children, 2017). We dienen hierbij te beklemtonen dat deze resultaten gebaseerd zijn op zowel moeders als vaders en daardoor niet gegeneraliseerd kunnen worden naar moeders in het Verenigd Koninkrijk.

Tot slot moeten we tevens benadrukken dat bovenstaande bevindingen gebaseerd zijn op basis van onderzoeken die in Finland en het Verenigd Koninkrijk hebben plaatsgevonden. In hoofdstuk zeven van deze bachelorproef doen we onderzoek naar eenzaamheid bij Vlaamse moeders.

## **6.2 Eenzaamheid, psychische problemen en gezondheidsproblemen**

Junttila et al. (2015) deden onderzoek naar de samenhang tussen eenzaamheid bij moeders en sociale fobie en depressie. Men onderzocht dit tijdens de twintigste zwangerschapsweek, acht maanden na de geboorte en achttien maanden na de geboorte. De mate van eenzaamheid bepaalden ze aan de hand van de UCLA-eenzaamheidsschaal, de mate van sociale fobie onderzochten ze door middel van The Social Phobia Inventory (SPIN) (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa & Weisler, 2000) en depressieve symptomen werden vastgesteld aan de hand van de Finse versie van de Beck's Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Brown & Steer, 1996; Junttila et al., 2015). Men stelde hierbij vast dat *"hoe hoger de eenzaamheid was, hoe meer ouders deze andere psychosociale problemen ervaarden"* (Junttila et al., 2015, p. 482) Verschillende onderzoeken, waaronder dat van Heinrich en Gullone (2006), vonden een verband tussen eenzaamheid, angst en depressie. Junttila et al. (2015) onderzochten het verband tussen eenzaamheid, sociale fobie en depressie. Uit dit onderzoek bleek dat moeders die zeer lage en stabiele gevoelens van eenzaamheid ervaarden, lager scoorden op sociale fobie en depressieve symptomen.

Moeders die een sterke toename van sociale eenzaamheid ervaarden, bleken significant hoger te scoren op sociale fobie en depressieve symptomen. Hetzelfde geldt voor emotionele eenzaamheid. Moeders die zeer lage gevoelens van emotionele eenzaamheid ervaarden, scoorden laag op sociale fobie en depressieve symptomen. Moeders die een toenemend gevoel van emotionele eenzaamheid ervaarden, scoorden aanzienlijk hoger op sociale fobie en depressieve symptomen. Uit het onderzoek van Junntila et al. kunnen we dus concluderen dat er – wat betreft sociale fobie en depressieve symptomen – een sterke samenhang is tussen sociale en emotionele eenzaamheid. Zo blijkt dat hoe eenzamer men is, hoe slechter het sociaal functioneren en mentaal welzijn. Sociaal en emotioneel eenzame moeders ervaarden namelijk meer sociale angsten en meer depressieve symptomen (Junntila, 2015). De bevindingen van Junntila et al. worden ondersteund door het onderzoek van Luoma et al. (2015). Luoma et al. (2015) stelden een samenhang vast tussen eenzaamheid tijdens de zwangerschap en *"lichamelijke ziekte of handicap, zwakkere tevredenheid met het leven"*. *"Eenzame moeders rapporteerden gelijktijdig en longitudinaal hogere depressieve symptomen"* (vertaald uit: Luoma et al., 2015, p. 726). Moeders die tijdens de zwangerschap gevoelens van eenzaamheid meldden, bleken ook een hogere mate van depressieve symptomen te vertonen. Hieruit blijkt dat eenzaamheid een voorspellende factor van depressieve symptomen is en omgekeerd (Luoma et al., 2015). Ook in het onderzoek van Luoma et al. (2018) blijken maternale depressieve symptomen tijdens de zwangerschap eenzaamheid bij moeders te voorspellen en is er een verband te vinden tussen prenatale eenzaamheid en lichamelijke gezondheidsproblemen tijdens de zwangerschap. Daarnaast blijkt uit datzelfde onderzoek eenzaamheid ook samen te hangen met ontevredenheid over het leven en de aanwezigheid van depressieve symptomen. Verschillende andere onderzoeken ondersteunen tevens het idee dat eenzaamheid verband houdt met depressie (Barger, Masserli-Bürgy & Barth, 2014; Heinrich & Gullone, 2006) en gezondheidsproblemen op langere termijn (Cacioppo et al., 2002; Hawkey & Cacioppo, 2003, 2010; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht & Brydon, 2004).

### **6.3 Eenzaamheid en partnerrelatie**

Volgens Feldman, Nash en Aschenbrenner (1983) zou de kwaliteit van de partnerrelatie een voorspeller kunnen zijn van eenzaamheid tijdens de zwangerschap. Hawkey, Hughes, Waite, Masi, Thisted en Cacioppo (2008) beweren dat een goede partnerrelatie beschermend kan werken tegen eenzaamheid. Junntila et al. (2015) onderzochten het verband tussen echtelijke ontevredenheid en eenzaamheid tijdens de zwangerschap en in de baby- en peuterperiode. De relatietevredenheid van ouders werd gemeten aan de hand van de Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Busby, Cristensen, Grance & Larson, 1995; White, Stahmann & Furrow, 1994). Junntila et al. (2015) concludeerden dat er een sterke samenhang is tussen ontevredenheid binnen de relatie en sociale en emotionele



eenzaamheid. Zo blijkt dat hoe eenzamer men is, hoe meer problemen er zijn in de partnerrelatie. Sociaal en emotioneel eenzame moeders ervaren een grotere ontevredenheid binnen de partnerrelatie. Uit een onderzoek dat plaats vond in het Verenigd Koninkrijk bleken ouders met kinderen onder vijf jaar sneller een slechte partnerrelatie te rapporteren (Marjoribanks, Bradley & Sserwanja, 2017).

## **6.4 Effecten van peer-support**

McLeod Hiser, Cerepani en Cassidi (2017) deden onderzoek naar de impact van peer-ondersteuning op eenzaamheid bij moeders na de bevalling. Ze stelden zich de vraag of vrouwen die deelnamen aan peersupport-groepen minder eenzaamheid, lagere depressieve gevoelens en een hoger zelfbeeld ervaren dan moeders die niet deelnamen aan de peer-supportgroep.

Uit de resultaten bleek dat moeders die deelnamen aan de peer-supportgroep een grotere afname van depressieve symptomen ervaren (afname van 27,6%) tegenover moeders die niet deelnamen (afname van 9,8%). Wat betreft de eenzaamheidsscore bleek dat moeders die deelnamen aan de peer-supportgroep een statistisch significante afname van 6,4% op hun eenzaamheidsscore hadden, terwijl moeders die niet deelnamen, een toename van 11,7% op hun eenzaamheidsscore ervaren. Voor zelfrespect blijkt er een statistisch significante toename van 4,4% voor moeders die wel deelnamen aan de peer-supportgroep en een afname van 3,2% voor moeders die niet deelnamen (McLeod Hiser et al., 2017).

Uit deze resultaten kunnen we besluiten dat peer-support ondersteuning voor moeders kan bijdragen aan preventie voor postpartumdepressie (McLeod Hiser et al., 2017) en eenzaamheid na de geboorte.

## **6.5 Besluit**

Wat betreft eenzaamheid kunnen we besluiten dat een groot deel van de Finse moeders geen eenzaamheidsgevoelens ervaart tijdens de zwangerschap en nadien. Er is bij deze bevolkingsgroep geen sprake van een stijging wat betreft eenzaamheid tijdens de zwangerschap. Daartegenover staat dat ongeveer de helft van de ouders in het Verenigd Koninkrijk wel met eenzaamheid te maken krijgt. Vermoedelijk speelt het land van herkomst hierin een belangrijke rol. Daarom is het voor ons onderzoek aangewezen om specifiek onderzoek te doen naar eenzaamheid bij Vlaamse moeders.

Daarnaast kunnen we concluderen dat er een samenhang te vinden is tussen eenzaamheid en depressieve symptomen, sociale fobie en fysieke gezondheidsproblemen. We dienen

hierbij rekening te houden dat we niet kunnen spreken van oorzakelijke verbanden. Voorzichtigheid wat betreft de interpretatie van deze resultaten is hierbij aanbevolen.

Verder blijkt er ook een sterke relatie te zijn tussen eenzaamheid en relatietevredenheid. Mogelijks speelt de kwaliteit van de partnerrelatie een rol in het ontstaan van eenzaamheid tijdens de zwangerschap en nadien.

Tot slot kunnen we besluiten dat peer-support ondersteuning na de geboorte van een kind, kan helpen bij de preventie van postpartumdepressie en eenzaamheid bij moeders na de geboorte van een kind.

## **6.6 Tot slot**

In de voorgaande hoofdstukken stonden we uitgebreid stil bij de literatuur die nodig was om het volgende hoofdstuk te kunnen begrijpen. We verdiepten ons in de termen sociale isolatie en eenzaamheid. Daarnaast bespraken we de impact die de geboorte van een kind kan hebben op moeders op biologisch, psycho-emotioneel en sociaal gebied. In een apart hoofdstuk stonden we ook stil bij een aantal psychische problemen waarmee moeders tijdens de zwangerschap of na de bevalling tevens te maken kunnen krijgen. In dit huidige hoofdstuk integreerden we de theorie uit de voorbije hoofdstukken aan de hand van enkele wetenschappelijke onderzoeken waarin linken werden gelegd tussen het moederschap, eenzaamheid, psychische problemen en de partnerrelatie. Dit laatste hoofdstuk was noodzakelijk om de brug te kunnen maken naar het volgende hoofdstuk.

In hoofdstuk zeven bespreken we uitvoerig het door ons uitgevoerde praktijkonderzoek. We bespreken hierin de probleemstelling met bijhorende onderzoeksvragen en onderzoeksdoelen. Daarnaast zullen we de uitgevoerde methodiek uitgebreid behandelen en geven we de resultaten weer die hieruit zijn ontstaan. Daarnaast integreren we ook enkele interviews met professionals in dit hoofdstuk. Tot slot sluiten we af met een discussie waarin we de beperkingen en sterktes van ons onderzoek aangeven en suggesties doen voor vervolgonderzoek. We koppelen hierbij terug naar ons uiteindelijke onderzoek en de literatuur die we in alle voorgaande hoofdstukken besproken hebben.

## **7 Onderzoek**

### **7.1 Probleemstelling**

Op basis van vaststellingen die we deden vanuit de eigen omgeving en aan de hand van topics en reacties op sociale media (meer bepaald in moedergroepen op Facebook), merkten we in de periode van 2018 tot 2020 op dat een aantal moeders aangaven dat ze gevoelens van eenzaamheid ervaarden tijdens de baby- en peuterfase van hun kind.

Daarnaast werd in enkele gesprekken die we met moeders voerden – in functie van een opleiding als Postpartum Consulent (Van Weddingen, 2018) – ook melding gemaakt van gevoelens van eenzaamheid kort na de bevalling. Ook vanuit een terugblik op het eigen emotioneel welzijn als moeder, kunnen we vanuit de eigen persoonlijke ervaring ook concluderen dat er gevoelens van eenzaamheid ervaren werden tijdens de eerste jaren als moeder.

Opvallend is dat een aantal van de hierboven beschreven moeders eenzaamheidsgevoelens ervaarden in de periode dat hun kind(eren) zich in de baby- en/of peuterfase bevond(en). Uiteraard is de doelgroep te beperkt om slechts op basis van enkele individuen conclusies te trekken. In deze bachelorproef willen we dan ook graag verder onderzoeken of Vlaamse moeders daadwerkelijk gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben na het krijgen van een kind. Specifiek zullen we ons hierbij richten op de gevoelens die men ervaarde in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Daarnaast willen we onderzoeken welke oorzaken er aan de basis liggen van deze gevoelens van eenzaamheid en willen te weten komen of er al dan niet een samenhang te vinden is tussen eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode vanaf de geboorte tot drie jaar nadien.

We zoeken naar antwoorden op volgende onderzoeksvragen:

- Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid?
- Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?
- Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?
- Welke handvaten en tips kunnen we aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?

We stellen volgende onderzoeksdoelen voorop:

- Onderzoeken of Vlaamse moeders gevoelens van eenzaamheid ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- Oorzaken in kaart brengen die volgens moeders en professionals ten grondslag liggen aan het ervaren van gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- Onderzoeken of er een samenhang te vinden is tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- Handvaten en tips voor moeders aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

Hypothesen en verwachtingen:

Aangezien we geen Vlaamse onderzoeksgegevens hebben teruggevonden met betrekking tot eenzaamheid bij moeders na de geboorte van een kind, kiezen we ervoor om geen hypothesen of verwachtingen voorop te stellen. We voeren namelijk een exploratief onderzoek uit.

Wel verwachten we een samenhang te vinden tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen. Deze hypothese is gebaseerd op de literatuur in hoofdstuk 6 (*cf.* 6.1 en 6.2).

## 7.2 Methode

In dit onderdeel bespreken en motiveren we de gehanteerde onderzoeksmethodieken, de meetinstrumenten, de doelgroep en het tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Omdat er nog niet veel bekend is over eenzaamheid bij Vlaamse moeders, betreft het hier in eerste instantie een exploratief of verkennend onderzoek. Bij het in kaart brengen van de oorzaken die ten grondslag liggen aan deze gevoelens, kunnen we zeggen dat het gaat om een beschrijvend of descriptief onderzoek.

Als eerste namen we een semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één) af door middel van een online-bevraging. Deze werd ingevuld door 34 respondenten. Als tweede namen we een gestructureerde vragenlijst (vragenlijst twee) af door middel van online bevraging. Deze werd ingevuld door 242 respondenten.

De semi-gestructureerde (vragenlijst één) vragenlijst plaatsen we onder de noemer "kwalitatief onderzoek" en de gestructureerde vragenlijst (vragenlijst twee) plaatsen we onder de noemer "kwantitatief onderzoek".

Tot slot integreren we een aantal interviews met personen die op professioneel niveau met moeders in aanraking komen.

## **7.2.1 Onderzoeksopzet**

### **7.2.1.1 Kwalitatief onderzoek**

Omdat ons onderzoek een exploratief onderzoek betreft en omdat we uitgebreid willen peilen naar gedetailleerde informatie (waaronder gevoelens, gedachten en gedragingen) leek het ons het meest aangewezen om aan de hand van een kwalitatieve onderzoeksmethode te werk te gaan. Met dit onderzoek hoopten we meer inzicht te krijgen in de gevoelens van eenzaamheid bij moeders en hoe deze ervaren worden. Dit laatste vereist een zekere diepgang in antwoorden, hetgeen moeilijker in kaart te brengen is binnen een kwantitatief onderzoek. Door gebruik te maken van open antwoordmogelijkheden kunnen we een verscheidenheid aan antwoorden – waarnaar we in dit geval op zoek zijn –, verwachten.

Oorspronkelijke onderzoeksopzet: semi-gestructureerd diepte-interview (face-to-face):

Oorspronkelijk werd er verkozen om een face-to-face semi-gestructureerd diepte-interview af te nemen bij de beoogde doelgroep. We zouden hierbij gebruik gemaakt hebben van open vragen en bijkomend enkele gesloten vragen. Deze manier van interviewen zou binnen dit kader de mogelijkheid geboden hebben om aan de hand van doorvraagtechnieken dieper door te vragen bij bepaalde items. Helaas zijn we – omwille van de Covid19 maatregelen – moeten terugkomen op deze onderzoekwijze.

Alternatieve onderzoeksopzet: semi-gestructureerde vragenlijst (online-bevraging):

Op het moment waarop dit onderzoek is uitgevoerd (namelijk maart – april 2020) bevonden we ons in tijden waarin de Federale regering fysieke afstandsmaatregelen heeft genomen om het coronavirus Covid-19 zoveel mogelijk in te dijken. Door deze uitzonderlijke maatregelen was het onmogelijk om de doelgroep face-to-face te interviewen. Hoewel deze face-to-face interviews eventueel vervangen konden worden door bijvoorbeeld gebruik te maken van het interviewen via Skype of soortgelijke kanalen, stootten we daarbij op enkele beperkingen. Als eerste leek het ons binnen het kader van Covid-maatregelen niet ideaal om moeders te interviewen in aanwezigheid van kinderen (hetgeen ons waarschijnlijk leek omwille van de beperkte opvangmogelijkheden buiten het gezin tijdens de Covid-19 maatregelen). De kans op het onderbreken van de interviews, zou hierbij te groot geweest zijn, hetgeen nefast zou kunnen zijn voor de kwaliteit van de interviews en bijhorende respons. Ten tweede hadden we een vermoeden dat moeders met (jonge) kinderen in de gegeven situatie minder tijd zouden hebben om gedurende

langere tijd ononderbroken geïnterviewd te worden. Ten derde was het – omwille van de Covid-maatregelen – voor ons moeilijk om ongestoord en met respect voor de privacy van de respondenten de interviews te kunnen afnemen.

Binnen de gegeven context, leek het ons aangewezen om een online bevraging te doen in plaats van face-to-face interviews. We deden dit aan de hand van een vragenlijst en kozen ervoor om de vragen uit het vooraf geplande semi-gestructureerde diepte-interview om te zetten in een online vragenlijst. De vragenlijst kon door de respondenten individueel, online en schriftelijk ingevuld worden en omvatte voornamelijk open en enkele gesloten vragen.

Met deze manier wilden we moeders de kans bieden om de vragenlijst op een voor hen rustig en gunstig moment in te vullen. Tevens had deze manier van bevragen ook als grote voordeel dat er tijdbesparend gewerkt kon worden. Meerdere vragenlijsten konden op korte termijn beantwoord worden. Gezien het om een schriftelijke bevraging ging, had dit daarnaast ook als grote voordeel dat de antwoorden nadien niet meer uitgetypt dienden te worden. Binnen de beperkte tijdspanne van het bachelorproefproces en gezien de Covid-19 maatregelen, leek ons dit een goed alternatief. Doordat de antwoorden rechtstreeks door de respondent worden getypt en niet meer dienen uitgetypt te worden, had dit als meerwaarde dat de gegeven antwoorden meer transparant zijn voor andere lezers en onderzoekers. De gegeven antwoorden kunnen – indien nodig – ook opnieuw geanalyseerd worden door andere onderzoekers. Dit laatste heeft dan ook een gunstig effect op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Uiteraard waren er ook beperkingen verbonden aan het kwalitatief bevragen door middel van een online vragenlijst en realiseerden we ons doorheen het onderzoeksproces dat het niet de meest geschikte manier was om een diepte-onderzoek te doen aan de hand van een online bevraging. Hierop komen we later nog terug.

#### Bevraging van professionals en experts:

Bijkomend kozen we ervoor om interviews af te nemen bij professionals die op professioneel niveau in aanraking komen met moeders. De achtergronden en professionele ervaring van deze professionals zijn uiteenlopend en zullen we later toelichten.

#### **7.2.1.2 Kwantitatief onderzoek**

##### Bijkomend onderzoek: gestructureerde vragenlijst (online-bevraging):

In de loop van het onderzoeksproces en tijdens de analyse van de kwalitatieve responsen, stelden we vast dat het aantal respondenten dat deelnam aan het kwalitatief onderzoek te beperkt was om een voldoende representatief beeld te krijgen van de omvang van

eenzaamheid bij Vlaamse moeders. Om deze reden besloten we om een bijkomend kwantitatief onderzoek te doen waarbij enkel de gesloten vragen uit de online vragenlijst werden overgenomen en bevestigd bij een grotere onderzoeksdoelgroep. Dit bijkomend kwantitatief onderzoek was nodig om een antwoord te kunnen verkrijgen op de onderzoeksvragen "*Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid?*" en "*Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?*".

Deze bijkomende kwantitatieve vragenlijst omvatte enkel gesloten vragen, dewelke enkel peilden naar leeftijd, de mate van behoefte aan sociaal contact, het al dan niet ervaren van gevoelens van eenzaamheid voor en na de geboorte en het al dan niet ervaren van psychische problemen voor en na de geboorte. Daarnaast werd ook een open vraag gesteld, namelijk de vraag naar het aantal kinderen en diens leeftijd(en). Omwille van de dubbele vraagstelling in deze vraag en de dubbele interpretatie die aan sommige responsen gegeven kan worden, kiezen we ervoor om deze vraag in het kader van deze bachelorproef buiten beschouwing te laten.

### **7.2.1.3 Productontwikkeling**

Brochure met handvaten en tips:

Tot slot willen we enkele handvaten en tips aan moeders aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid. Daarom hebben we besloten om een korte brochure op te stellen. De brochure wordt toegevoegd aan deze bachelorproef maar beschouwen we in dit kader niet als de voornaamste doelstelling van het onderzoek. De inhoud van deze brochure is tot stand gekomen op basis van eigen ideeën en de informatie die voortvloeide uit de contacten met professionals.

## **7.2.2 Meetinstrumenten**

Er werden twee online vragenlijsten afgenomen. Als eerste kozen we voor een semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één) met daarin hoofdzakelijk open vragen en een beperkt aantal gesloten vragen. Bijkomend namen we een tweede vragenlijst af, namelijk een gestructureerde vragenlijst (vragenlijst twee). Deze tweede vragenlijst werd door andere respondenten ingevuld. Daarnaast bevestigden we ook enkele professionals die ervaring en/of expertise hebben op vlak van het begeleiden van moeders.

### **7.2.2.1 Kwalitatieve bevestiging: online semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één)**

Programma:

Vragenlijst één werd opgesteld aan de hand van het programma "Google Forms" en is terug te vinden via volgende link: <https://forms.gle/93tdRwouXLvDhCBKA> (Claes, 2020a).

#### Routing:

Aan de vragenlijst werd een "routing" toegevoegd. Dat wil zeggen dat respondenten die "nee" hadden geantwoord op de vraag "*Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?*" (vraag zes), automatisch werden doorverwezen naar vraag zestien. Van deze respondenten werd dus niet verwacht dat zij de vragen zeven tot en met vijftien invulden. Respondenten die "ja" hadden geantwoord op de vraag "*Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?*" (vraag zes), werden automatisch doorverwezen naar vraag zeven. Vragen zestien tot en met achttien diende deze laatste groep niet in te vullen.

#### Proefafname:

Ter controle lieten we de online vragenlijst vooraf controleren en invullen door twee moeders. Op basis van hun feedback werden de vragen bijgestuurd waar nodig. Om de privacy en anonimiteit van deze moeders te garanderen, hebben we besloten om hun responsen niet te gebruiken in het kader van dit onderzoek. Deze resultaten werden nadien verwijderd.

#### Inleiding:

De vragenlijst werd ingeleid door middel van een inleidende tekst. Hierin werd het belang van deelname aan het onderzoek meegedeeld, alsook belangrijke informatie voor respondenten bij het invullen hiervan. Ook tijdsduur en anonimiteit van het onderzoek werd hierin aangekaart.

De inleiding van het onderzoek, is terug te vinden in bijlage 4 onder de naam "kwalitatieve bevraging: online semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één)".

#### Vragenlijst:

De vragenlijst werd door onszelf opgesteld en is terug te vinden in bijlage 4. De betekenis van de vragen, zullen we hieronder verantwoorden.

Echter zullen we niet alle vragen verwerken en bespreken in het resultatengedeelte. Toch kunnen de responsen op deze vragen in de toekomst mogelijks relevant zijn voor eventueel vervolgonderzoek. De resultaten van de vragen die binnen dit kader niet geanalyseerd worden, zullen we – omwille van respect voor de privacy van de respondenten – niet



toevoegen in deze bachelorproef. Wel kunnen de geanonimiseerde resultaten hiervan op een later ogenblik bij ons opgevraagd worden, mits gegronde reden.

Betekenis vragen:

De inhoud van de vragen leggen we hieronder uit. Het volgende is te lezen als "vraag X: peilt naar ...".

**Vraag 1:** de leeftijd van de moeder op het moment van het invullen van de vragenlijst.

**Vraag 2:** het aantal kinderen en de leeftijd van de kinderen op het moment van het invullen van de vragenlijst.

**Vraag 3:** de begripsinterpretatie van eenzaamheid door de respondent.

**Vraag 4:** de mate van behoefte aan sociaal contact op een schaal van nul tot tien.

**Vraag 5:** het al dan niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens (ooit) voor de geboorte van het/de kind(eren).

**Vraag 6:** het al dan niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

- Indien men "ja" antwoordt op deze vraag, gaat men door naar vraag zeven.
- Indien men "nee" antwoordt op deze vraag, gaat men door naar vraag zestien.

**Vraag 7:** de beleving van het ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 8:** de invloed van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte op het mentaal welzijn.

**Vraag 9:** de invloed van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte op het gedrag.

**Vraag 10:** oorzaken, redenen, aanleidingen bij het ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 11:** de periode waarin men zich het meest eenzaam voelde binnen de periode van nul tot drie jaar na de geboorte en de oorzaken, redenen en aanleidingen hierbij.

**Vraag 12:** de rol van de partnerrelatie op het ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 13:** het al dan niet spreken over de ervaren eenzaamheidsgevoelens met anderen.

**Vraag 14:** functionele hulpmiddelen om de eenzaamheidsgevoelens te verminderen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 15:** het al dan niet ervaren van psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 16:** hulpmiddelen, oorzaken, redenen en aanleidingen voor het niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 17:** de rol van de partnerrelatie op het niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 18:** het al dan niet ervaren van psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 19:** het al dan niet ervaren van psychische problemen (ooit) voor de geboorte van het/de kind(eren).

**Vraag 20:** tips om eenzaamheidsgevoelens te voorkomen of hierop te anticiperen.

#### Beperkingen:

We stelden enkele beperkingen vast met betrekking tot de vragenlijst.

We concludeerden dat diepgaande en uitgebreide antwoorden van respondenten moeilijk te analyseren zijn vanuit een vragenlijst. De mogelijkheid tot doorvragen, ontbreekt hier waardoor het analyseren van antwoorden bemoeilijkt wordt.

Door het vragen naar de leeftijd van moeders en diens kinderen, kunnen respondenten het idee hebben gekregen dat de anonimiteit niet gewaarborgd bleef. Beter hadden we deze vragen met betrekking tot persoonlijke gegevens op het einde van de vragenlijst gesteld.

De tijdsdimensie bij vragen vijf en negentien zijn niet concreet genoeg geformuleerd (Neckebroeck, Vanderstraeten & Verhaeghe, 2015). De term "ooit" duidt op het volledige leven van de respondent en geldt tot aan de geboorte en is daarmee niet concreet genoeg. Omdat dit over een te grote periode gaat, kunnen we de antwoorden op deze vraag moeilijk op een betrouwbare wijze interpreteren. We hadden hier beter de tijdsbepaling "in de periode van nul tot drie jaar voor de geboorte" gebruikt.

De vraag naar het aantal kinderen en diens leeftijd konden we beter opsplitsen in twee vragen. Daarnaast hadden we het aantal kinderen ook beter bevraagd aan de hand van

categorieën. Het is namelijk zo dat we sommige responsen niet eenduidig kunnen interpreteren omdat we niet met zekerheid weten of de respons die men gaf, betrekking heeft op het aantal kinderen dat men heeft of diens leeftijden.

#### **7.2.2.2 Kwantitatieve bevraging: online gestructureerde vragenlijst (vragenlijst twee)**

##### Programma:

Vragenlijst twee werd opgesteld aan de hand van het programma "Google Forms" en is terug te vinden via volgende link: <https://forms.gle/SqeADgcyJquL9Zwy6> (Claes, 2020b).

##### Vragenlijst:

De vragenlijst werd door onszelf opgesteld en is terug te vinden in bijlage 5 onder de titel "kwantitatieve bevraging: online gestructureerde vragenlijst (vragenlijst twee)". De betekenis van de vragen, zullen we hieronder verantwoorden.

We maakten een selectie van enkele vragen uit de eerste vragenlijst en namen deze letterlijk over in deze gestructureerde vragenlijst. Het was een bewuste keuze om de vragen uit de eerste vragenlijst letterlijk over te nemen. Op die manier was het mogelijk om de resultaten van beide vragenlijsten bij elkaar te voegen en samen te interpreteren.

Hoewel we niet alle vragen zullen verwerken en bespreken in het resultatengedeelte, delen we deze vragen toch mee binnen dit kader. Mogelijks kunnen zij in de toekomst nog relevant zijn voor eventueel vervolgonderzoek. De geanonimiseerde responsen hierop kunnen mits geldige reden op een later ogenblik worden opgevraagd.

##### Betekenis vragen:

De inhoud van de vragen leggen we hieronder uit. Het volgende is te lezen als "vraag X: peilt naar ...".

**Vraag 1:** de leeftijd van de moeder op het moment van het invullen van de vragenlijst.

**Vraag 2:** het aantal kinderen en de leeftijd van de kinderen op het moment van het invullen van de vragenlijst.

**Vraag 3:** de mate van behoefte aan sociaal contact op een schaal van nul tot tien.

**Vraag 4:** het al dan niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens (ooit) voor de geboorte van het/de kind(eren).

**Vraag 5:** het al dan niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

**Vraag 6:** het al dan niet ervaren van psychische problemen (ooit) voor de geboorte van het/de kind(eren).

**Vraag 7:** het al dan niet ervaren van psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

#### Beperkingen:

De tijdsdimensie bij vragen vier en zes zijn niet concreet genoeg geformuleerd (Neckebroeck et al., 2015). De term "ooit" duidt op het volledige leven van de respondent en geldt tot aan de geboorte. Omdat dit over een te ruime periode gaat, kunnen we dit antwoord moeilijk interpreteren. Beter had hier geweest om de tijdsbepaling "in de periode van nul tot drie jaar voor de geboorte" te gebruiken.

De vraag naar het aantal kinderen en diens leeftijd konden we beter opsplitsen in twee vragen. Daarnaast hadden we het aantal kinderen ook beter bevraagd aan de had van categorieën. Het is namelijk zo dat we sommige responsen niet eenduidig kunnen interpreteren omdat we niet met zekerheid weten of de respons die men gaf, betrekking heeft op het aantal kinderen dat men heeft of diens leeftijden.

Bij deze vragenlijst werd omwille van de beperkte tijd vooraf geen pilootstudie gedaan. Deze controle had er mogelijks toe kunnen bijdragen dat door respondenten zou worden opgepikt dat de vragen vier en zes niet voldoende concreet geformuleerd zijn.

#### **7.2.2.3 Bevraging van professionals en experts**

Naast een bevraging bij moeders, deden we ook een bevraging bij vijftien professionals die vanuit hun professionele rol in contact komen met moeders. We deden dit aan de hand van semi-gestructureerde interviews die telefonisch werden afgenomen. Daarnaast stelden we omwille van praktische overweging ook enkele professionals vragen via mail.

Volgende vragen werden bij beiden gesteld:

- Wat zijn – volgens u – de oorzaken van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?
- Welke tips zou u moeders meegeven ter preventie of aanpak van eenzaamheid? (zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte)
- Welke instanties of initiatieven zouden – volgens u – zeker in de kijker mogen gezet worden als het gaat om eenzaamheid bij moeders?

De eerste vraag peilt naar oorzaken van eenzaamheid bij moeders. De tweede en derde vraag peilen naar tips en handvaten ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders.

Door bovenstaande zaken ook bij professionals te bevragen, hoopten we zoveel mogelijk blikken en perspectieven mee te krijgen omtrent de oorzaken van eenzaamheid bij moeders en tips met betrekking tot de preventie en aanpak hiervan. We gaan er van uit dat we de preventie en aanpak van eenzaamheid (door middel van onze brochure) hierdoor zo gericht mogelijk kunnen afstemmen op onze doelgroep. Hierdoor hopen we moeders een zo gepast mogelijk aanbod van handvaten mee te geven.

### **7.2.3 Onderzoeksdoelgroep**

De vragenlijsten werden afgenomen bij Vlaamse moeders. Onder de noemer "Vlaamse moeders" behoren alle moeders die op het moment van de geboorte tot drie jaar later in Vlaanderen woonden en die op het moment van deelname aan het onderzoek, woonachtig waren in Vlaanderen.

#### **7.2.3.1 Steekproeftrekking**

Bij de selectie van respondenten, was er sprake van een selecte steekproeftrekking. We hebben er bewust voor gekozen om gemakkelijk bereikbare onderzoekselementen te selecteren door de vragenlijsten specifiek te delen in moedergroepen op sociale media (Facebook). Men kan dus spreken van een accidentele steekproef. De vragenlijsten werden gedeeld in de moedergroepen met daarbij een oproep tot deelname. Aangezien de moeders zelf en vrijwillig konden kiezen of ze al dan niet wilden deelnemen, gaat het hier tevens ook om een steekproef op basis van zelfselectie.

#### **7.2.3.2 Samenstelling van de doelgroep**

Kwalitatieve bevraging: online semi-gestructureerde vragenlijst:

De eerste (kwalitatieve) vragenlijst werd gedeeld in drie verschillende moedergroepen op Facebook. Omdat we de anonimiteit van de respondenten willen waarborgen, kiezen we ervoor om de namen van deze groepen niet mee te delen in dit onderzoek. Sommige groepen zijn echter zo beperkt wat betreft het aantal leden, dat – wanneer we de namen van de groepen zouden bekend maken – de anonimiteit van de respondenten in het gedrang kan komen.

In totaal werd de eerste vragenlijst voorgelegd aan ongeveer 550 moeders. In totaal vulden 34 moeders deze vragenlijst in.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 33,9 jaar. De jongste moeder was 28 jaar op het moment van het invullen van de vragenlijst. De oudste moeder had een leeftijd van 45 jaar.

Behalve de leeftijd van de moeder, het aantal kinderen en diens leeftijd, hebben we in de vragenlijst geen socio-demografische gegevens bevroegd. Op deze manier hoopten we de anonimiteit zo goed mogelijk te garanderen. Daartegenover staat wel dat we weinig inzicht hebben in de achtergronden van de deelnemende moeders. Het enige wat we met zekerheid weten over de respondenten is dat ze toegang hebben tot Facebook en lid zijn van een online moedergroep. Voorzichtig kunnen we stellen dat ze wellicht ook over internet bezitten.

#### Kwantitatieve bevraging: online gestructureerde vragenlijst:

De tweede vragenlijst werd meegedeeld in acht moedergroepen op Facebook. Het totaal aantal leden van al deze groepen samen, ligt ongeveer op 15200 moeders. In totaal vulden 242 moeders de vragenlijst in. Één van de respondenten gaf aan dat ze zwanger was van het eerste kind op het moment van het invullen van de vragenlijst. We schraptten de antwoorden van deze persoon uit de lijst, aangezien dit om een ongeldige respons gaat.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 32,2 jaar. De jongste moeder had een leeftijd van 20 jaar (N=1) en oudste moeders hadden een leeftijd van 50 jaar (N=3).

#### Bevraging van professionals en experten:

Binnen ons onderzoek bevroegen we volgende professionals:

- **An-Sofie Van Parys** – vroedvrouw, seksuologe en psychotherapeut  
Datum telefonisch interview: 20 juli 2020
- **Celia Groothedde Ledoux** (\*) – politica en columnist rond emancipatie en feminisme  
Datum telefonisch interview: 10 juli 2020
- **Elke Notebaert** (\*) – vroedvrouw en oprichtster van vroedvrouwenpraktijk De Wolk  
Datum telefonisch interview: 14 juli 2020
- **Heleen Van Den Bogerd** – vroedvrouw, seksuoloog en postpartum consulent  
Datum telefonisch interview: 17 juni 2020
- **Helga Peeters** – opvoedingscoach  
Datum telefonisch interview: 21 juli 2020
- **Julie Kruijne** – postpartumconsulent en voetreflexoloog  
Datum telefonisch interview: 19 juli 2020

- **Karen De Looze** (\*) – pedagoog-antropoloog  
Datum telefonisch interview: 21 juli 2020
- **Kim Calomme** (\*) – Klinisch psycholoog en organisator van “Mama’s in verbinding”  
Datum online bevraging: 12 juli 2020
- **Lauranne Segers** (\*) – klinisch psycholoog bij moeder-baby- eenheid Zoersel  
Datum telefonisch interview: 14 juli 2020
- **Lieve Van Weddingen** – coach en therapeut met expertise moederschap  
Datum telefonisch interview: 12 maart 2020
- **Mireille Picard** – medewerkster Expertisecentrum Kraamzorg “De Wieg”  
Datum telefonisch contact: 17 juli 2020
- **Nele Flamang** – Logopedist en Aware Parenting Instructor  
Datum online bevraging: 11 juli 2020
- **Nina Mouton** (\*) – klinisch psycholoog, psychotherapeut en gezinspsycholoog  
Datum telefonisch interview: 22 juli 2020
- **Romina Rys** – klinisch psycholoog en psychotherapeut  
Datum online bevraging: 20 juli 2020
- **Willy Wuyts** – trainer Emotioneel Lichaamswerk  
Datum telefonisch interview: 16 juli 2020

(\*) Omdat het ons te ver zou leiden om al deze gesprekken te integreren, zullen we enkel de interviews en responsen van deze professionals integreren in deze bachelorproef. De tips, oplossingsvoorstellen en handvaten van alle andere bevroegde professionals worden wel geïntegreerd in de brochure.

### **7.2.3.3 Beperkingen aan de doelgroep**

Omdat we geen vragen gesteld hebben naar specifieke kenmerken waaronder bijvoorbeeld het opleidingsniveau, werkomstandigheden, woonplaats, relaties met familie, fysieke gezondheid enzovoort, moeten we besluiten dat we slechts zeer beperkte achtergrondinformatie hebben over de respondenten. Het enige wat we met zekerheid kunnen zeggen, is dat de deelnemende moeders een Facebookprofiel hadden op het tijdstip van het onderzoek en dat ze lid waren van een online moedergroep op Facebook. Door de beperkte achtergrondinformatie die we hebben, zullen we de resultaten voorzichtig moeten interpreteren.

Omdat we ons in de steekproeftrekking gericht hebben op online moedergroepen, hebben we daarmee enkel moeders bereikt die actief zijn op sociale media en lid zijn van een online moedergroep. Moeders die niet actief zijn op Facebook of geen lid zijn van moedergroepen, hebben we hiermee dus niet kunnen bereiken. Mogelijks kan dit specifieke

kenmerk van de bereikte doelgroep de resultaten beïnvloeden. Het zou bijvoorbeeld mogelijk kunnen zijn dat moeders die actief zijn in online moedergroepen minder eenzaamheid ervaren dan andere moeders, net omdat ze bijvoorbeeld steun kunnen vinden in deze groepen. Anderzijds zou het ook kunnen zijn dat de bereikte doelgroep net eenzamer is en daarom lid is van dit soort moedergroepen op sociale media.

Bij de eerste, kwalitatieve bevraging namen slechts 34 moeders deel aan het onderzoek. Hoewel de omvang van deze groep tamelijk ruim is, blijft het echter een beperkt aantal vrouwen en kunnen we hieruit geen algemene conclusies trekken.

Bij de tweede, kwantitatieve vragenlijst hebben we getracht om de vragenlijst in een groter aantal groepen te plaatsen. Dit om een zo divers mogelijke steekproef aan moeders te bekomen. Echter bleef het aantal moedergroepen beperkt tot acht en moeten we de diversiteit van de bereikte doelgroep in vraag blijven stellen.

Aangezien moeders de vragenlijst hebben ingevuld op basis van zelfselectie, dienen we ook hier kritisch naar te kijken. Mogelijks waren moeders die zich eenzaam voelen, eerder geneigd om de vragenlijst in te vullen doordat hun aandacht meer gericht werd op de oproep tot deelname. Dit laatste hebben we trachten op te vangen door aan te geven dat zowel moeders die zich eenzaam voelden, als moeders die zich niet eenzaam voelden, mochten deelnemen aan het onderzoek.

Bij de bevraging van professionals, dienen we te benadrukken dat de informatie die zij meedeelden, mogelijks gekleurd kan zijn door het feit dat vooral moeders met een bepaalde zorgvraag bij hen aankloppen. We denken hierbij aan bepaalde psycho-emotionele moeilijkheden. Mogelijks zijn de oorzaken van eenzaamheid die zij melden, in mindere mate representatief voor de algemene bevolking van moeders. We probeerden dit op te vangen door ook een bevraging te doen bij een vroedvrouw. We gaan er van uit dat moeders ook zonder specifieke zorgvraag (met betrekking tot psycho-emotionele moeilijkheden of eenzaamheid), aankloppen bij een vroedvrouwenpraktijk.

Algemeen kunnen we stellen dat we dus voorzichtig moeten zijn bij het interpreteren van de resultaten.

#### **7.2.4 Tijd en ruimte**

Algemeen dienen we er rekening mee te houden dat de vragenlijsten zijn ingevuld tussen de periode van 8 april 2020 en 13 mei 2020. Aangezien Vlaanderen op dat moment – omwille van Covid-19-maatregelen – in (gedeeltelijke) lockdown was, dienen we er rekening mee te houden dat deze situatie mogelijks een invloed kan hebben gehad op de responsen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een aantal respondenten zich op het ogenblik van



het invullen van de vragenlijst, eenzamer voelde omwille van de Covid-19-maatregelen. Deze uitzonderlijke situatie kan mogelijk een invloed hebben gehad op de beleving van eenzaamheid in het heden en verleden.

#### Kwalitatieve bevraging: online semi-gestructureerde vragenlijst:

De eerste vragenlijst werd afgenomen in de periode van 8 april 2020 tot 30 april 2020. Bijna alle respondenten (N=31) hebben de vragenlijst ingevuld tussen 8 en 10 april 2020. Slechts drie respondenten hebben de vragenlijst beantwoord tussen 29 en 30 april 2020.

Er werden oproepen of herinneringen tot deelname geplaatst op volgende data:

- 8 april 2020
- 10 april 2020
- 29 april 2020

#### Kwantitatieve bevraging: online gestructureerde vragenlijst:

De tweede vragenlijst werd afgenomen in de periode van 28 april 2020 en 13 mei 2020.

Er werden oproepen of herinneringen tot deelname geplaatst op volgende data:

- 28 april 2020
- 29 april 2020
- 1 mei 2020

### **7.2.5 Tot slot**

Let op dat bij de bevraging van de respondenten het steeds gaat over de beleving van de onderzochte moeders in kwestie. Het begrip "eenzaamheid" werd in onze bevraging niet nader gedefinieerd omdat we dit thema in eerste instantie vanuit een brede en algemene hoek willen benaderen. De beleving van de respondent staat hierbij centraal. Binnen de kwalitatieve bevraging (vragenlijst één) werden voornamelijk open vragen gesteld die peilen naar de beleving en ervaring van respondenten. Binnen de kwantitatieve bevraging (vragenlijst twee) werden voornamelijk gesloten vragen gesteld. Echter peilen ook deze vragen naar de beleving van respondenten. Aangezien het hier om een verkennend onderzoek gaat, hebben we er bewust voor gekozen om het begrip "gevoelens van eenzaamheid" niet nader te definiëren binnen onze vragenlijsten. Het is een persoonlijke keuze om ervoor te kiezen om dit begrip ruim te definiëren en de beleving hiervan bij de respondent te laten. In een eventueel vervolgonderzoek kan er bijvoorbeeld nader onderzocht worden met welke soorten eenzaamheid moeders voornamelijk te maken krijgen. Binnen ons kader willen we voornamelijk de oorzaken van eenzaamheid bij

moeders in kaart brengen en onderzoeken of moeders daadwerkelijk te maken krijgen met gevoelens van eenzaamheid na de geboorte, om tot slot tot praktische handvaten te komen ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders.

## **7.3 Resultaten**

In dit resultatengedeelte integreren we de resultaten van zowel de kwalitatieve vragenlijst (vragenlijst één), de kwantitatieve vragenlijst (vragenlijst twee) als de interviews met professionals.

In het eerste gedeelte bespreken we de prevalentiecijfers van eenzaamheid bij moeders voor en na de geboorte en de prevalentiecijfers van psychische problemen voor en na de geboorte.

In het tweede gedeelte kijken we of er een samenhang is tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid voor de geboorte en het ervaren van gevoelens van eenzaamheid na de geboorte. Daarnaast bespreken we de samenhang tussen eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte.

In het derde gedeelte gaan we beknopt in op de beleving waarop moeders eenzaamheid ervaren hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

In het vierde gedeelte bespreken we de oorzaken van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte aan de hand van de responsen van moeders en de informatie die we verkregen van professionals. Daarnaast gaan we hierbij ook kort in op de rol van de partner(relatie).

In het vijfde gedeelte geven we weer over welke psychische problemen moeders na de geboorte melding maakten.

In het zesde gedeelte verwijzen we naar onze brochure in functie van de preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders.

### **7.3.1 Prevalentie van eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte**

In dit onderdeel bespreken we de prevalentie van eenzaamheid bij moeders voor en na de geboorte. Vervolgens bespreken we de prevalentie van psychische problemen bij moeders voor en na de geboorte.

Onderstaande prevalentiecijfers zijn gebaseerd op de gegevens van vragenlijst twee, namelijk de online gestructureerde vragenlijst. De responsen van vragenlijst één werden

in dit onderdeel buiten beschouwing gelaten omwille van het feit dat deze door middel van een andere vraagstelling (namelijk open in plaats van gesloten vragen) peilden naar psychische problemen en daarom moeilijk te vergelijken zijn met de waardes uit vragenlijst twee.

De gegevens uit vragenlijst twee hebben betrekking op de responsen van 241 respondenten. De antwoorden van één respondent werden geschrapt omdat deze aangaf, zwanger te zijn op het moment van het invullen van de vragenlijst. We rekenen dit als een ongeldige respons en zullen deze dus niet meenemen in onze analyses.

### 7.3.1.1 Prevalentie van eenzaamheid voor de geboorte

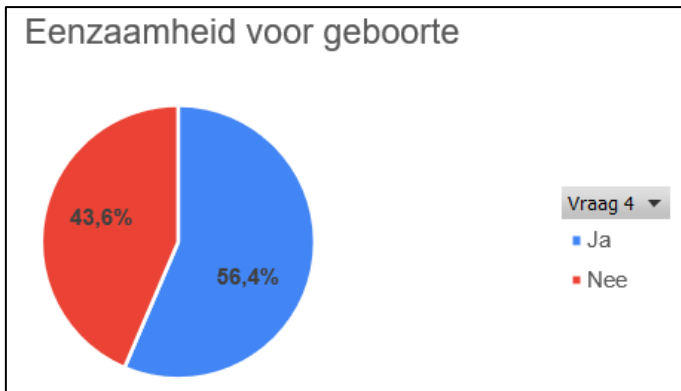
Op de vraag "Heeft u voor de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?" hebben 136 moeders (56,4%) "ja" geantwoord en 105 moeders (43,6%) "nee". We geven de cijfers hiervan weer in onderstaande tabel en figuur.

Bij de interpretatie van deze resultaten dienen we er rekening mee te houden dat de vraagstelling onvoldoende concreet was. Door gebruik te maken van het woord "ooit" in de vraag, betreft het dus de periode van het volledige leven tot aan de geboorte. Dit is een ruime periode, waardoor we er voorzichtig van uit gaan dat dit aantal wellicht lager had gelegen mochten we enkel de periode van nul tot drie jaar voor de geboorte bevraagd hebben. De kans is namelijk groter dat men doorheen het leven ooit wel eens eenzaamheid ervaren heeft, dan wel in de drie jaar voorafgaand aan de geboorte.

**Tabel 2: Prevalentie van eenzaamheid voor de geboorte**

	<b>Eenzaamheid voor geboorte</b>	
	Aantal	Percentage
Ja	136	56,43%
Nee	105	43,57%
<b>Eindtotaal</b>	<b>241</b>	<b>100,00%</b>

**Figuur 7: Cirkeldiagram van eenzaamheid voor de geboorte**



### 7.3.1.2 Prevalentie van eenzaamheid na de geboorte

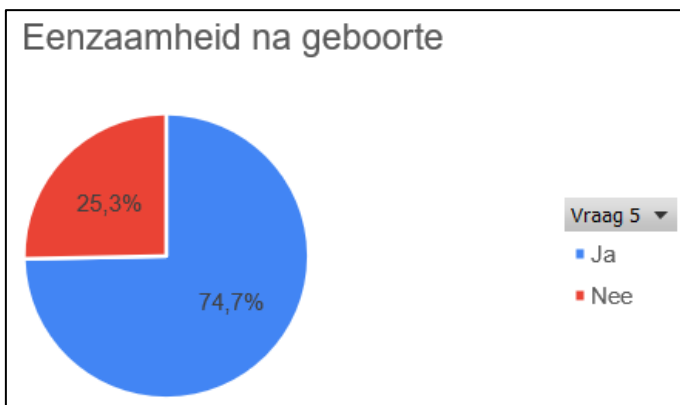
Op de vraag "Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?", heeft de meerderheid van de respondenten "ja" geantwoord. In totaal gaven 180 moeders (74,7%) aan dat ze gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben na de geboorte, terwijl 61 moeders (25,3%) aangaven zich niet eenzaam gevoeld te hebben in deze periode. Deze resultaten zijn terug te vinden in onderstaande figuren.

In rubriek "7.3.2.1" zullen we de samenhang tussen eenzaamheid voor en eenzaamheid na de geboorte bespreken.

**Tabel 3: Prevalentie van eenzaamheid na de geboorte**

Eenzaamheid na geboorte		
	Aantal	Percentage
Ja	180	74,69%
Nee	61	25,31%
<b>Eindtotaal</b>	<b>241</b>	<b>100,00%</b>

**Figuur 8: Cirkeldiagram van eenzaamheid na de geboorte**



### 7.3.1.3 Prevalentie van psychische problemen voor de geboorte

Op de vraag "Heeft u voor de geboorte van uw kind(eren) ooit psychische problemen ervaren?", antwoordden slechts 63 respondenten (26,1%) "ja" en 178 respondenten (73,9%) "nee".

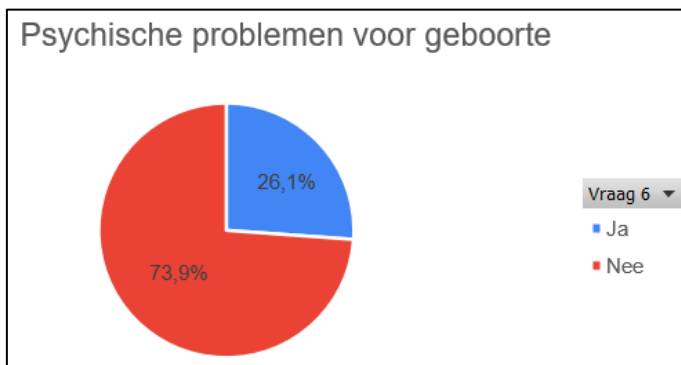
Bij de interpretatie van deze resultaten dienen we er rekening mee te houden dat de vraagstelling onvoldoende concreet was. Door gebruik te maken van het woord "ooit" in de vraag, betreft het dus de periode van het volledige leven tot aan de geboorte. Dit is een ruime periode, waardoor we er voorzichtig van uit gaan dat dit aantal wellicht lager had gelegen mochten we enkel de periode van drie jaar voor de geboorte bevraagd hebben. De kans is namelijk groter dat men doorheen het leven ooit psychische moeilijkheden ervaren heeft, dan wel in de drie jaar voorafgaand aan de geboorte.

De resultaten zijn terug te vinden in onderstaande tabel en figuur.

**Tabel 4: Prevalentie van psychische problemen voor de geboorte**

Psychische problemen voor geboorte		
	Aantal	Percentage
Ja	63	26,14%
Nee	178	73,86%
<b>Eindtotaal</b>	<b>241</b>	<b>100,00%</b>

**Figuur 9: Cirkeldiagram van psychische problemen voor de geboorte**



### 7.3.1.4 Prevalentie van psychische problemen na de geboorte

Op de vraag "Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit psychische problemen ervaren?", gaven 101 respondenten (41,9%) "ja" en 140 respondenten (58,1%) "nee" aan.

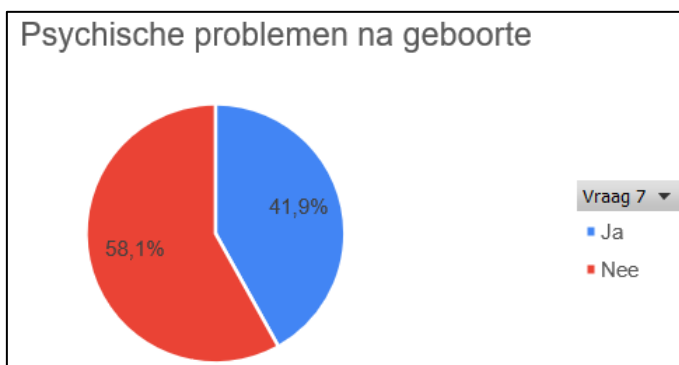
Wanneer we deze cijfers vergelijken met psychische problemen voor de geboorte, blijkt dat het aantal moeders dat psychische problemen ervaren heeft, met bijna zestien procent gestegen is na de geboorte (althans in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte). Mogelijks kan het moederschap hiermee iets te maken hebben, al dienen we voorzichtig te zijn met de aanname hiervan. We mogen er namelijk niet van uitgaan dat er sprake is van een causaal verband tussen het moederschap en het krijgen van psychische problemen. Ook andere oorzaken kunnen hierbij aan de basis liggen. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat de periode na de geboorte voor vele moeders nog niet zover in het verleden ligt waardoor ze zich bepaalde psychische moeilijkheden bijvoorbeeld meer herinneren dan voordien.

In rubriek "7.3.2.3" zullen we de samenhang tussen psychische problemen voor en psychische problemen na de geboorte bespreken.

**Tabel 5: Prevalentie van psychische problemen na de geboorte**

Psychische problemen na geboorte		
	Aantal	Percentage
Ja	101	41,91%
Nee	140	58,09%
<b>Eindtotaal</b>	<b>241</b>	<b>100,00%</b>

**Figuur 10: Cirkeldiagram van psychische problemen na de geboorte**



### 7.3.2 Samenhangen tussen eenzaamheid en psychische problemen

In dit onderdeel geven we de samenhang weer tussen:

- 1 Gevoelens van eenzaamheid bij moeders voor de geboorte en gevoelens van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

- 2 Gevoelens van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.
- 3 Psychische problemen bij moeders voor de geboorte en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

We baseren ons hierbij op de gegevens van vragenlijst twee, namelijk de online gestructureerde vragenlijst. Deze gegevens zijn gebaseerd op basis van de responsen van 241 respondenten (één respondent viel reeds uit). De responsen van vragenlijst één werden hierbij buiten beschouwing gelaten aangezien deze door middel van een andere vraagstelling peilden naar psychische problemen en daarom moeilijk te vergelijken zijn met de waardes uit vragenlijst twee.

Aangezien het gaat om de samenhang tussen twee nominale variabelen, werden onderstaande resultaten berekend met behulp van Cramér's V. De resultaten werden bekomen middels berekeningen via Excel (Baarda & Van Vianen, 2015) en via de website VassarStats.net (Lowry, 2020). De waardes van Cramér's V interpreterden we aan de hand van volgende figuur:

**Figuur 11: Interpretatie Cramér's V-waarde**

• 0,00 - 0,10	geen tot zeer zwak verband
• 0,11 - 0,30	zwak verband
• 0,31 - 0,50	matig verband tot redelijk verband
• 0,51 - 0,80	sterk verband
• 0,81 - 0,99	zeer sterk verband
• 1,00	perfect verband

(Bron: Schriemer, 2015)

We dienen er rekening mee te houden dat de interpretatie van de Cramér's V-waarde kan verschillen van bron tot bron. Afhankelijk van de interpretatie ervan, kan er een verschil zijn wat betreft de waarde van de samenhang tussen twee variabelen.

We dienen er ook rekening mee te houden dat de vraagstelling naar eenzaamheid voor de geboorte en psychische problemen voor de geboorte, niet voldoende concreet verwoord werd. We stelden namelijk de vraag of men "ooit" gevoelens van eenzaamheid ervaren heeft voor de geboorte en of men "ooit" psychische problemen ervaren heeft voor de geboorte. Omdat het woord "ooit" een geruime periode omvat, dienen volgende resultaten

voorzichtig en met enige nuance geïnterpreteerd te worden. (cfr. beperkingen aan het onderzoek)

### 7.3.2.1 Samenhang tussen eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte

Wanneer we de samenhang nagaan tussen gevoelens van eenzaamheid (ooit) voor de geboorte en gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, stellen we vast dat Cramér's V overeenkomt met 0.43. Er blijkt een matig tot redelijk verband (Cramér's V = 0.43) te zijn tussen eenzaamheid voor en na de geboorte. Dit verband is significant ( $\chi^2 = 42,91$ ; df of vrijheidsgraden = 1;  $p < 0,05$ ).

**Tabel 6: Kruistabel van eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte**

	Eenzaamheid na geboorte				Totaal Aantal	Totaal %
	Ja		Nee			
Eenzaamheid voor geboorte	Aantal	%	Aantal	%		
Ja	124	68,89%	12	19,67%	136	56,43%
Nee	56	31,11%	49	80,33%	105	43,57%
Eindtotaal	180	100,00%	61	100,00%	241	100,00%

**Figuur 12: Cramér's V: eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte**

Chi-Square	df	P
42.91	1	<.0001
Cramer's V = 0.4316		

(Bron: Lowry, 2020: data-uitvoer)

Bovenstaande resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. (cfr. discussie)

### 7.3.2.2 Samenhang tussen eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte

Wanneer we de samenhang nagaan tussen gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte en psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, stellen we vast dat Cramér's V overeenkomt met 0.24. Er blijkt een zwak verband (Cramér's V = 0.24) te zijn tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte. Dit verband is significant ( $\chi^2 = 13,12$ ; df = 1;  $p < 0,05$ ).

**Tabel 7: Kruistabel van eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte**



	Psychische problemen na geboorte				Totaal Aantal	Totaal %
	Ja		Nee			
Eenzaamheid na geboorte	Aantal	%	Aantal	%		
Ja	88	87,13%	92	65,71%	180	74,69%
Nee	13	12,87%	48	34,29%	61	25,31%
Eindtotaal	101	100,00%	140	100,00%	241	100,00%

**Figuur 13: Cramér's V: eenzaamheid na de geboorte en psychische problemen na de geboorte**

Chi-Square	df	P
13.12	1	0.0003
Cramer's V = 0.243		

(Bron: Lowry, 2020: data-uitvoer)

Bovenstaande resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. (*cfr. discussie*)

### 7.3.2.3 Samenhang tussen psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen na de geboorte

Wanneer we de samenhang nagaan tussen psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, stellen we vast dat Cramér's V overeenkomt met 0.38. Er blijkt een matig tot redelijk verband (Cramér's V = 0.38) te zijn tussen psychische problemen voor en psychische problemen na de geboorte. Dit verband is significant ( $\chi^2 = 37,2$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tabel 8: Kruistabel van psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen na de geboorte**

	Psychische problemen na geboorte				Totaal Aantal	Totaal %
	Ja		Nee			
Psychische problemen voor geboorte	Aantal	%	Aantal	%		
Ja	46	45,54%	17	12,14%	63	26,14%
Nee	55	54,46%	123	87,86%	178	73,86%
Eindtotaal	101	100,00%	140	100,00%	241	100,00%

**Figuur 14: Cramér's V: psychische problemen voor de geboorte en psychische problemen na de geboorte**

Chi-Square	df	P
32.2	1	<.0001
Cramer's V = 0.3751		

(Bron: Lowry, 2020: data-uitvoer)

Bovenstaande resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. (*cfr. discussie*)

### 7.3.3 Ervaring van eenzaamheid

Waar we in hoofdstuk drie gezien hebben dat eenzaamheid verschillende vormen kan aannemen, vonden we het belangrijk om binnen ons onderzoek ook te bevragen hoe moeders eenzaamheid ervaren hebben. Aangezien dit niet tot onze onderzoeksdoelen behoort, zullen we hier slechts kort bij stilstaan. Toch vinden we het belangrijk om dit mee te geven, zodoende dat wat komt, gemakkelijker te begrijpen is.

Onderstaande resultaten zijn gebaseerd op basis van de responsen op de vraag "Hoe heeft u de gevoelens van eenzaamheid ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren)? Hoe voelde dit voor u?" (vragenlijst één). Deze vraag werd gesteld aan alle respondenten die "ja" aangaven op de vraag of men gevoelens van eenzaamheid ervaren heeft in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte (vraag zes).

Uit de responsen bleek een verscheidenheid aan antwoorden te komen. Toch zagen we een aantal zaken systematisch terug komen. Vrijwel alle antwoorden kenden hierbij een negatieve ondertoon.

Zeven respondenten gaven bijvoorbeeld aan zich niet begrepen te voelen, twee respondenten gaven aan dat ze niemand hadden om te praten over hun bezorgdheden en gevoelens. Ook bleek dat een aantal respondenten zich niet gesteund voelden.

Uit de responsen kwam opvallend vaak naar voor dat een groot aantal respondenten zich emotioneel alleen voelde. Dit bleek uit antwoorden zoals: "alleen zijn", "ik voelde me heel vaak alleen", "ik voelde me alleen op de wereld", "er alleen voor staan", "het gevoel er niet bij te horen" (twee respondenten), "niemand om gevoelens mee te delen", "alleen voelen met mensen om je heen" enzovoort. Daarnaast kwamen er responsen als: "gevoel alsof je niet meetelt", "gevoel alsof je aandacht niet waard bent", "gevoel dat er iets mis met me was", "gevoel tegen iedereen te moeten opboksen" en "niet mee zijn met de rest". Één respondent gaf aan nergens te durven ventileren en een andere respondent gaf aan het gevoel te hebben dat iedereen rondom haar weg viel. Drie respondenten gaven aan zich

alleen te voelen in de zorg voor de kinderen. Uiteraard dienen we al deze responsen met voorzichtigheid te interpreteren. We kunnen niet met zekerheid zeggen of deze responsen betrekking hebben op het emotionele aspect, dan wel de praktische ondersteuning. Mogelijks wordt ook iets anders bedoeld.

In de antwoorden gaven twee respondenten aan zich opgesloten te voelen in hun huis en twee andere respondenten gaven aan zich geïsoleerd te voelen.

In de bevraging werd ook een verscheidenheid aan gevoelens en andere ervaringen aangehaald. Volgende gevoelens kwamen allemaal ter sprake: diep verdriet (twee respondenten), boosheid, opstandigheid, teleurstelling, wanhoop, leegte, een hol gevoel en controleverlies. Respondenten gaven ook aan dit als *"heel zwaar"* (drie respondenten), *"pijnlijk"* (twee respondenten), *"geen leuke periode"*, *"onaangenaam"*, *"vreselijk"*, *"heel naar"*, *"overspoelend"* en *"overweldigend"* te hebben ervaren. Één respondent gaf een gevoel van gemis aan, een andere een gevoel van leegte en nog een andere gaf aan geen connectie te vinden. Tot slot gaf één respondent aan *"gek te worden tussen vier muren"* en een andere gaf aan *"er depressief van te worden"*. Nog een andere respondent gaf een gevoel van innerlijke conflicten aan die hun oorsprong kenden in de relatie met haar eigen ouders.

#### **7.3.4 Oorzaken van eenzaamheid**

In dit onderdeel bespreken we de oorzaken van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. We doen dit aan de hand van de responsen van moeders in de online semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één). We stelden hierbij vast dat 28 van de 34 respondenten bij vraag zes aangaven zich ooit eenzaam gevoeld te hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Zes respondenten gaven aan zich niet eenzaam gevoeld te hebben in deze periode. De responsen van beide groepen worden in dit onderdeel besproken.

Omwille van respect voor de privacy van de respondenten, kozen we ervoor om de volledige, letterlijke responsen niet te vermelden in bijlagen. In sommige responsen werden er zodanig specifieke situaties aangekaart, waarvan we veronderstellen dat deze mogelijks terug te brengen zijn naar de respondent in kwestie. Dit komt mede omdat de vragenlijst slechts in een beperkt aantal groepen gedeeld werd. Indien het in het kader van het onderzoek relevant zou zijn om de volledige responsen te kunnen bezichtigen, kunnen deze bij ons worden opgevraagd mits geldige reden en afhankelijk van het doel waarvoor deze worden opgevraagd. We zullen in dat geval enkel de geanonimiseerde responsen meedelen en specifieke situaties hieruit verwijderen.

In ons onderzoek bevroegen we ook tal van verschillende professionals die vanuit hun professionele rol in contact komen met moeders. We stelden hen vragen omtrent de oorzaken van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

Omdat het ons te ver zou leiden om de bevindingen van alle bevroegde professionals volledig weer te geven, hebben we hierin een afgewogen selectie gemaakt. In totaal zullen we de uitgetypte versies van zes interviews van professionals weergeven in bijlagen. Bij de selectie hiervan hebben we getracht een zo goed mogelijk evenwicht te vinden in de achtergronden van alle professionals en de oorzaken van eenzaamheid die zij aanhaalden.

Zowel de responsen van de moeders zelf als die van de professionals integreren we in dit resultatengedeelte. Als eerste staan we stil bij de algemene oorzaken, vervolgens bespreken we in welke periodes moeders het meeste te maken kregen met gevoelens van eenzaamheid, volgens de melding die zij hierover zelf maakten. Daarnaast staan we stil bij de rol van de partnerrelatie.

#### Analyse:

De responsen van de moeders die in dit onderdeel aan bod komen, werden geanalyseerd door de tekstfragmenten (hun antwoorden) op te delen en vervolgens open codes toe te kennen aan elk onderdeel binnen deze responsen (Neckebroek et al., 2015). Om het overzicht te bewaren, plaatsten we de responsen in tabellen. Deze tabellen zijn terug te vinden in de bijlagenbundel. Vervolgens worden alle codes (binnen ons kader ook wel categorieën genoemd) één voor één besproken op basis van de tekstfragmenten in de responsen die moeders gaven. Elementen die binnen deze bepaalde code of categorie werden aangehaald door respondenten, worden hierin geïntegreerd.

De interviews van de professionals werden op dezelfde manier geanalyseerd en toegevoegd aan de kolommen. Vervolgens worden ook deze geïntegreerd in de bespreking van onderstaande resultaten.

#### **7.3.4.1 Oorzaken van eenzaamheid**

In dit onderdeel bespreken we de oorzaken van eenzaamheid die respondenten aangaven als antwoord op de vragen "*Welke factoren hebben er volgens u voor gezorgd dat u zich eenzaam voelde in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren)?*" (vraag tien) en "*In welke periode – binnen de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) – voelde u zich het meest eenzaam? Welke factoren lagen hierbij aan de basis?*" (vraag elf). Oorzaken die in beide vragen als respons werden aangekaart, worden in de resultaten slechts één maal vermeld. Oorzaken die voor interpretatie vatbaar zijn, worden niet vermeld of letterlijk geciteerd om misinterpretaties te voorkomen.

Daarnaast integreren we ook de oorzaken die door professionals werden aangekaart in dit onderdeel.

We deelden de oorzaken van eenzaamheid in in verschillende categorieën. Deze geven we per categorie weer in de vorm van tabellen die terug te vinden zijn in bijlage 13.

#### Fysieke factoren moeder:

Drie respondenten gaven een gebrek aan slaap aan als oorzaak voor eenzaamheid, terwijl vijf respondenten een gebrek aan energie aangaven als oorzaak. Verder gaf één respondent een risicozwangerschap (met "platte rust" als gevolg) aan als oorzaak. Één andere respondent maakte melding van een moeilijke bevalling en pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging).

Over fysieke factoren die ervoor zorgden dat men zich niet eenzaam voelde na de geboorte, werd geen melding gemaakt door respondenten of professionals.

#### Psycho-emotionele factoren moeder:

Wat betreft psycho-emotionele factoren bij de moeder, werden er heel wat oorzaken aangehaald door zowel de respondenten als de professionals.

Als meeste werd perfectionisme aangehaald. Drie keer door moeders en één keer door professional Nina Mouton. Daarnaast hoorden we in verschillende andere interviews dat professionals aanraden om waakzaam te zijn met sociale media omdat daar vaak een "ideaal plaatje" van het ouderschap wordt opgehangen. Dit kan moeders volgens hen onzeker maken. Moeite om los te laten en koppigheid om door te zetten, werden elks één keer aangehaald door respondenten. Ook onzekerheid (in het moederschap (Segers)) wordt door één respondent en één professional aangehaald. Het is hierbij niet duidelijk of het voor de respondent gaat over onzekerheid met betrekking tot het moederschap of onzekerheid in het algemeen. Daarnaast wordt ook angst enkele keren aangekaart. Volgens de Looze gaat het bijvoorbeeld om angst voor fouten te maken en angst voor kritiek vanuit de omgeving. Één moeder haalde aan voortdurend in paniek te zijn, een andere haalde aan een grote bezorgdheid te hebben. We kunnen uit de responsen niet met zekerheid afleiden waarom men zich precies angstig en bezorgd voelde en of dit toe te schrijven is aan het moederschap, dan wel dat dit als persoonskenmerk gezien mag worden waardoor men meer kwetsbaar is voor eenzaamheid. Daarnaast werd er melding gemaakt van verschillende andere gevoelens als oorzaak van het ervaren van eenzaamheid. Bijvoorbeeld het ervaren van schuldgevoelens, werd door één respondent en één professional aangekaart. Daarnaast werd door één professional melding gemaakt van schaamte en door één respondent van een negatief zelfbeeld. Één respondent maakte

melding van gevoelens van verwarring en één respondent gaf onwennigheid aan als oorzaak. Voorzichtigheid bij de interpretatie ervan, is ook hier aanbevolen aangezien we hierbij weinig achtergrondinformatie hebben.

Één respondent haalde aan introvert te zijn, waardoor het onderhouden van sociale contacten haar veel energie kost. Een andere moeder haalde aan dat ze geen draagkracht had om een nieuw netwerk op te bouwen. Één respondent gaf psychische kwetsbaarheid als oorzaak aan.

Volgens Notebaert komen moeders in een transformatieproces of persoonlijke ontwikkeling terecht van zodra ze moeder worden. Ze geeft ook aan dat moeders hun leven op pauze lijkt te staan. Ook één respondent gaf aan dat *"een kind krijgen, je leven helemaal op zijn kop zet en je verandert als mens"*. Volgens Notebaert worden persoonlijke thema's uit het leven in die periode ook erg uitvergroet, waardoor moeders zich eenzaam kunnen voelen. Volgens Calomme zijn moeders onder invloed van hersenveranderingen ook gevoeliger voor emoties waaronder eenzaamheid.

Ook de nieuwe rol als moeder en bijhorende rollenconflicten worden een aantal keer aangehaald als oorzaak door zowel respondenten als professionals. Één respondent meldde dat haar zoektocht naar de rol als moeder mee speelde als oorzaak van eenzaamheid. Karen De Looze gaf aan dat conflicten tussen verschillende rollen een oorzaak van eenzaamheid kunnen zijn, terwijl Lauranne Segers aangaf dat sommige moeders het moeilijk hebben met het gegeven dat ze *"zichzelf geen moeder voelen"*. De Looze gaf dan weer als oorzaak aan dat sommige moeders denken dat er iets mis is met hun natuurlijke moedergevoelens.

Ook het praten over en erkennen van gevoelens kan een oorzaak zijn. Twee professionals haalden aan dat sommige moeders moeilijk praten over gevoelens of zichzelf weinig kwetsbaar opstellen. Één respondent haalde dan weer aan dat ze vluchtte van haar gevoelens.

#### Kindfactoren (fysieke en psycho-emotionele factoren):

Opvallend is dat vijf respondenten het hebben van een huilbaby, aangaven als oorzaak voor gevoelens van eenzaamheid. Daarnaast maakten twee van deze vijf respondenten melding van een kind met reflux. Één van deze vijf respondenten gaf koemelkallergie als oorzaak aan. Aangezien de respondenten die "reflux" en "koemelkallergie" als oorzaak aangaven, ook melding maakten van het hebben van een huilbaby, is het mogelijk dat het hebben van reflux en koemelkallergie geleid heeft tot het ontstaan van een zogenaamde "huilbaby". Op deze manier zouden we vooral het hebben van een huilbaby als oorzaak

moeten rekenen. Daarnaast maakte één respondent melding van kind met "veel ziekenhuisopnames" en één respondent van een kind met een aangeboren ziekte.

Één bepaalde respondent gaf vier oorzaken met betrekking tot kindfactoren aan als oorzaak voor het ervaren van eenzaamheid. Het hebben van een "*energiek kind*" en daarnaast "*een kind dat gevoelig is voor lawaai en mensen rondom*", zorgden ervoor dat deze moeder voornamelijk thuis zat en belemmerd werd in het onderhouden en aangaan van sociale relaties met andere moeders. Verder maakte deze respondent ook melding van een kind dat enkel thuis wou eten en een "*pittige babytijd*" als oorzaken van eenzaamheid. Aangezien al deze vier kindfactoren slechts door één respondent werden aangekaart, dienen we erover te waken dat we niet te veel gewicht toekennen aan deze oorzaken alleen.

Toch maakten daarnaast ook nog twee andere respondenten melding van kindfactoren die geleid hebben tot het ontstaan van eenzaamheid. Twee oorzaken daarvan waren met betrekking tot slaap. Één respondent gaf aan dat haar kind weinig sliep terwijl de andere respondent melding maakte van een kind dat enkel bij de moeder sliep. Deze laatste gaf ook aan dat haar kind enkel getroost kon worden door zichzelf.

Door professionals werd er geen vermelding gemaakt met betrekking tot het kind.

#### Tijdsbesteding en zorg voor het kind:

Wat betreft de tijdsbesteding van de moeder in combinatie met de zorg voor het kind, gaven twee moeders en één professional een gebrek aan tijd aan als oorzaak van eenzaamheid. Één van deze respondenten gaf aan geen tijd te hebben voor sociale contacten. Volgens Karen De Looze kan drukte een oorzaak zijn van eenzaamheid en kunnen moeders terecht komen in een soort overlevingsmodus. Verder maakte één respondent melding van "huishoudelijke taken" als oorzaak, een andere respondent gaf "veranderende tijdsindeling" aan als oorzaak en nog een andere gaf aan andere prioriteiten te hebben.

Door vier respondenten werd de zorg voor het kind aangehaald als oorzaak van eenzaamheid. Twee andere respondenten gaven daarnaast aan dat het ritme van het kind en middagdutjes een rol speelden bij het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid. Één respondent gaf aan dat ze voortdurend beschikbaar moest zijn voor het kind omwille van het geven van borstvoeding. Daarnaast cijferde deze zelfde respondent zichzelf naar eigen zeggen weg omwille van de zorg voor de kinderen.

Verder zagen we binnen deze categorie dat één moeder aangaf dat het moeilijk is om uit huis te komen omwille van de kinderen. Een andere moeder gaf aan dat het moeilijk was

om een kind mee te nemen. Echter kunnen we op basis van deze responsen niet met zekerheid afleiden wat de respondenten hiermee precies bedoelden. Tot slot gaf één respondent aan thuis te willen zijn bij het kind.

Wanneer we kijken naar het beperkt aantal (zes) moeders dat zich niet eenzaam voelde in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, blijkt uit het bevragen van de oorzaken waardoor men zich niet eenzaam voelde, dat één respondent aangaf "*volledig in beslag te zijn genomen door het kind, in positieve zin*". Een andere respondent gaf aan dat het samen zijn met haar kind er mede voor gezorgd heeft dat ze zich niet eenzaam voelde. Nog een andere moeder gaf "*postnatale work-out*" en "*yoga*" aan als oorzaak van het niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Deze twee laatste kunnen we onder de noemer "tijd voor zichzelf" plaatsen.

#### Maatschappelijke factoren:

Er worden heel wat maatschappelijke factoren aangekaart als oorzaken voor het ontstaan van eenzaamheid bij moeders. Vooral professionals maakten hierover het meeste melding. Slechts vijf verschillende respondenten kaarten maatschappelijke factoren aan als oorzaak van het ervaren van eenzaamheid.

Volgens Segers krijgen moeders weinig erkenning in onze maatschappij terwijl Groothedde vindt dat er weinig appreciatie en begrip is voor zwangere vrouwen en moeders. Één moeder gaf aan dat men als moeder "*zoveel mogelijk moet doen alsof je hetzelfde gebleven bent*" en "*er weinig ruimte is voor een leven met kinderen*". De Looze en Groothedde geven beiden aan dat onze maatschappij weinig ingesteld is op zwangerschap en kinderen krijgen. Daarnaast geven zij beiden ook aan dat onze maatschappij er weinig op gericht is om kinderen ergens mee naartoe te nemen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de werkvloer of sociale activiteiten. Daarnaast is er volgens Segers een soort van maatschappelijke verwachting ontstaan waarin vrouwen een carrière combineren met het moederschap. Vrouwen dienen hierbij een evenwicht te vinden tussen een carrière en de zorg voor het kind. Één respondent gaf aan dat er maatschappelijke verwachtingen zijn over het functioneren van gezinnen. Wat zij hiermee precies bedoelde, was niet duidelijk uit haar antwoord.

Volgens Groothedde wordt "zorgen" als weinig waardevol aanzien en bestaat er een onevenwicht in de zorg tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen de zorg voornamelijk op zich nemen. Beiden kunnen volgens haar eenzaamheid veroorzaken.

Vanuit de maatschappelijke oorzaken die werden aangekaart, zien we ook factoren terug komen die te maken hebben met perfectionisme. Deze factoren kunnen eenzaamheid



veroorzaken en werden vooral benoemd door professionals. Zo bestaat er volgens Segers het idee dat iedereen verantwoordelijk is voor diens eigen geluk. "*Zolang je maar goed genoeg je best doet*". Volgens Segers kan dit leiden tot gevoelens van schaamte en schuldgevoel en wordt het voor moeders moeilijk om hierover te praten. Één respondent gaf aan dat "*men niet mag zeuren over kinderen hebben*". Volgens Mouton en Calomme is er in onze maatschappij een beeldvorming of "ideaalplaatje" ontstaan van hoe moeders eruit horen te zien. Zo bestaat er bij moeders soms het idee dat het bij andere gezinnen wel goed gaat, hetgeen kan leiden tot gevoelens van eenzaamheid. Volgens Mouton wordt de werkelijkheid te weinig weergegeven. Ofwel wordt deze volgens haar té rooskleurig weergegeven, ofwel worden negatieve zaken net erg uitvergroot. Volgens Calomme is er in onze maatschappij een overvloed aan adviezen die uit verschillende hoeken komen.

Volgens Groothedde en Segers gaat de aandacht veelal uit naar het kind in plaats van naar de moeder, hetgeen een eenzaam gevoel teweeg kan brengen. Groothedde geeft daarnaast ook aan dat er te weinig aandacht is voor de competenties van vrouwen van zodra zij moeder worden. Zij zijn namelijk meer dan enkel "moeder" en mogen volgens haar niet enkel tot deze term herleid worden. Volgens De Looze worden de natuurlijke moederinstincten vaak geminimaliseerd door instituties en worden moeders in sommige scholen te weinig betrokken. Ook dit kan volgens haar gevoelens van eenzaamheid veroorzaken.

Volgens Calomme en De Looze ligt de focus in onze maatschappij veelal op het "kerngezin". Daarnaast leven we volgens Calomme in een individualistische maatschappij waarbij het "*ieder voor zich*" is. Dit kunnen volgens hen ook oorzaken zijn voor het ontstaan van eenzaamheid bij moeders.

Tot slot gaf één respondent "de maatschappij" aan als oorzaak van eenzaamheid. Echter kunnen we uit haar respons niet afleiden wat ze hiermee precies bedoelde. Daarnaast gaf één respondent aan dat het geven van borstvoeding, mensen afschrikt. Op welke manier dit haar gevoelens van eenzaamheid heeft kunnen veroorzaken, kunnen we ook niet met zekerheid afleiden.

#### Tewerkstelling:

Wat betreft de tewerkstelling van de moeder, werden er door de respondenten ook enkele oorzaken van eenzaamheid aangekaart. Drie moeders gaven "*het wegvallen van professionele activiteiten*" of "*niet aan het werk zijn*", aan als oorzaak van eenzaamheid. Daarnaast gaf één respondent aan dat het moeilijk was om na lange tijd weer aan het werk te gaan. Een andere respondent gaf "*een onaangepast uurrooster*" aan als oorzaak. Nog een andere respondent zei dat er "*buiten het werk niets anders was*". Verder gaf ook

iemand als oorzaak aan dat zowel zij als haar partner aan het werk waren. Wat ze hiermee precies bedoelde, is niet geheel duidelijk. Segers deelde in het interview mee dat een aantal moeders een evenwicht dienen te vinden tussen de zorg voor hun kind en een carrière. Dit laatste kan volgens haar gevoelens van eenzaamheid veroorzaken.

Ook de tewerkstelling van de partner werd door zes respondenten aangekaart als oorzaak van eenzaamheid. Drie van deze respondenten gaven aan dat hun partner vaak aan het werk was, twee andere respondenten ervaarden het (snel) terug gaan werken van hun partner als oorzaak van het ervaren van eenzaamheid, terwijl een andere respondent de stresserende job van haar partner aanhaalde als oorzaak. Ook Notebaert gaf in het interview aan dat het feit dat partners (veelal) na tien dagen weer aan het werk gaan terwijl moeders thuis zitten met hun kind, eenzaamheid bij moeders kan veroorzaken.

Daarnaast stelde Notebaert in haar praktijk vast dat een aantal gezinnen verhuizen in functie van tewerkstelling waardoor ze verder van hun familie wonen en praktische ondersteuning en hulp van familie minder toegankelijk is. Dit laatste zou volgens haar eenzaamheid kunnen veroorzaken. Verder gaf één respondent als oorzaak aan dat familie moest werken.

#### Zorg en professionele hulpverlening:

Volgens één respondent was er bij haar geen sprake van een gestroomlijnde zorg en opvolging waardoor er geen vertrouwensband kon ontstaan met hulpverleners. Volgens De Looze dienen moeders soms lang te zoeken naar de gepaste hulpverlening.

Calomme geeft "*een overvloed aan adviezen*" aan als oorzaak van eenzaamheid bij moeders, terwijl één respondent melding maakte van "*verschillende inzichten en informatie tussen verschillende hulpverleners*".

Ook perfectionisme in de hulpverlening wordt aangehaald door één respondent. Ze geeft aan dat er vanuit professionele instellingen vaak wordt gestreefd naar perfectionisme en dat perfectionisme bij moeders daardoor gestimuleerd wordt.

Één van de oorzaken van eenzaamheid bij moeders is volgens Segers dat de focus veelal op de zorg van de baby wordt gelegd in plaats van op de moeder en dat moeders te weinig gezien worden in hun kwetsbaarheid. De Looze geeft dan weer aan dat de gevoelens van moeders vaak worden geminimaliseerd.

#### Sociale factoren (algemeen):

In dit onderdeel bespreken we de sociale factoren als eerste vanuit een algemeen perspectief. Later komen we terug op de responsen die verwijzen naar familie, vriendschappen of de partner(relatie).

Geen of een beperkt sociaal netwerk, werd meermaals aangehaald als oorzaak voor het ervaren van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Zeven respondenten gaven aan geen of een beperkt sociaal netwerk te hebben en dit te zien als oorzaak van het ervaren van eenzaamheid bij zichzelf. Één daarvan ten gevolge van een verhuis. Naast deze zeven respondenten, gaf een andere moeder aan dat haar opgebouwd netwerk uit elkaar viel. Nog een andere respondent gaf aan dat er sprake was van een fysieke afstand omwille van een verhuis. De Looze en Calomme zien "*het ontbreken van een dorp of village*" als oorzaak van eenzaamheid. Dit sluit aan bij wat een aantal respondenten in de bevraging aangaven.

Één respondent gaf aan slechts oppervlakkige kennissen te hebben en een andere moeder gaf aan geen connectie te hebben met andere ouders van de opvang. Wat deze twee laatste respondenten juist bedoelden met hun respons, kunnen we niet met zekerheid interpreteren.

Naast de afwezigheid of beperktheid van een sociaal netwerk, wordt ook het sociaal geïsoleerd zijn binnen de woning, aangehaald als oorzaak van eenzaamheid. Volgens De Looze zitten moeders voornamelijk thuis met hun baby. Twee respondenten gaven aan alleen thuis te zijn of "*geïsoleerd*" te zijn. Een ander persoon gaf aan dagenlang niemand te zien. Nog een andere respondent gaf aan dat anderen niet thuis wilden afspreken. Hoe we deze respons precies moeten interpreteren, is niet geheel duidelijk. Diezelfde persoon gaf aan dat mensen na langere tijd gewoon werden aan de nieuwe situatie waarin er een kind was, waardoor ze langer en vaker wegbleven. Notebaert gaf in het interview aan dat moeders zich belemmerd voelen om ergens naartoe te gaan waardoor ze vaak alleen zitten. Één respondent gaf een gebrek aan mogelijkheden tot contacten buiten het gezin aan.

Verder haalde één respondent aan dat ze niet meer gerust met kinderloze mensen kon afspreken van zodra haar kind kon stappen.

Notebaert gaf aan dat moeders eenzaamheid kunnen ervaren omdat weinig mensen uit hun omgeving zich op hetzelfde moment in dezelfde levensfase bevinden. Ook één respondent maakte hiervan melding in de vragenlijst.

Calomme gaf tot slot aan dat een overvloed aan adviezen vanuit verschillende hoeken ook eenzaamheid kan veroorzaken.

### Partner(relatie):

Wanneer we kijken naar de rol van de partnerrelatie, blijkt dat een aantal moeders de tewerkstelling van de partner aanhalen als oorzaak voor het ervaren van eenzaamheid. Drie moeders gaven aan dat hun partner vaak aan het werk was, terwijl een andere moeder "*het terug gaan werken van de partner*" als oorzaak aangaf. Notebaert en één respondent gaven aan dat de partner snel na de geboorte weer aan de slag moest. Bij deze respondent kwam dit omdat haar partner een zelfstandige statuut had.

Het gebrek aan steun van de partner werd door Notebaert en één respondent aangekaart en het gebrek aan betrokkenheid van de partner werd enkel door Notebaert aangekaart. Één respondent gaf wel aan dat haar partner niet beschikbaar was. Voorzichtig leiden we hieruit af dat hij weinig betrokken was. Al kunnen we dat laatste niet met zekerheid zeggen.

Een respondent gaf als oorzaak aan dat haar partner tussen nul en vier maanden tijd nodig had om te groeien in zijn vaderrol. Daarnaast gaf ook één respondent als oorzaak de persoonlijke zoektocht als partner aan. Volgens Notebaert is het tussen partners soms moeilijk om bepaalde zaken tegenover elkaar uit te spreken, hetgeen eenzaamheidsgevoelens bij moeders kan veroorzaken.

Nina Mouton gaf aan dat perfectionisme bij de moeder ervoor kan zorgen dat sommige moeders de hulp van de partner weren, waardoor ze zich eenzaam kunnen gaan voelen of waardoor eenzaamheid in stand gehouden wordt.

Één moeder gaf als oorzaak aan dat ze alleenstaande moeder was.

Wanneer we aan de respondenten die zich niet eenzaam gevoeld hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, vroegen naar de oorzaken voor het niet ervaren van gevoelens van eenzaamheid, haalde één respondent aan dat ze steun van haar partner hierin een rol heeft gespeeld. Ook Lauranne Segers, die werkzaam is in de Moeder-Baby-eenheid in Zoersel, gaf aan dat een steunende en betrokken partner een beschermende factor kan zijn tegen eenzaamheid binnen een residentiële opname van moeders op hun dienst.

De rol van de partnerrelatie zullen we later binnen dit resultatengedeelte verder uitdiepen. Hiervoor verwijzen we naar "7.3.4.3".

### Vriendschappen:

Volgens Notebaert is het zo dat vrienden vaak op een ander moment een kind krijgen waardoor ze niet in dezelfde levensfase zitten als de moeder. Dit kan eenzaamheid

veroorzaken. Ook twee respondenten kaarten binnen hun responsen aan dat hun vriendinnen zich in een andere levensfase bevonden. Één respondent gaf aan enkel vrienden zonder kinderen te hebben. Een andere respondent gaf aan dat goede vrienden wegvielen in haar leven omdat die vrienden bewust kinderloos bleven. Één andere respondent gaf aan geen praktische steun te vinden bij vrienden.

Wanneer we kijken naar de moeders die zich niet eenzaam voelden in de drie jaar na de geboorte, bleek dat voor één respondent "*Whatsapp-groepjes met vriendinnen*" hierbij geholpen heeft en voor een andere moeder het samen zijn met vrienden.

#### Familie:

Één moeder gaf "*kinderloze familie*" als oorzaak aan, terwijl een andere moeder het gebrek aan liefde en erkenning van eigen ouders (*cf.* "*emotionele ondersteuning*") als oorzaak aanhaalde. Één respondent gaf aan geen beschikbare familieleden te hebben, terwijl Notebaert het ver weg wonen van familie aankaarte als oorzaak van eenzaamheid.

Gevoelens van eenzaamheid bij moeders kunnen ook hun oorsprong kennen in hun eigen opvoeding of kindertijd. Dit kan volgens Segers bijvoorbeeld zo zijn wanneer moeders zelf geen moederfiguur gekend hebben in de kindertijd of wanneer ze geen voorbeeldfunctie kregen van hun eigen moeder. Volgens Segers kan het ook meespelen dat ze zich niet gesteund voelden door hun eigen moeder in hun kindertijd. Ook De Looze geeft "*een gemis in eigen opvoeding*" aan als mogelijke oorzaak. Volgens Mouton kan een mogelijke oorzaak van het ervaren van eenzaamheid als moeder ook zijn wanneer moeders hun eigen moeder het vaak alleen hebben zien doen.

Wanneer we kijken naar de moeders die zich niet eenzaam voelden, haalde één respondent het samen zijn met familie aan als oorzaak voor het niet ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Een andere respondent meldde "*familie*". Wat ze hiermee precies bedoelde, werd echter niet duidelijk vanuit haar responsen.

#### Emotionele ondersteuning:

Er worden ook een aantal oorzaken aangekaart die terug te vinden zijn binnen het ervaren van emotionele ondersteuning. Drie respondenten gaven "*onbegrip vanuit de omgeving*" aan als oorzaak. Zowel Segers, De Looze als Notebaert gaven "*het zich niet erkend of begrepen voelen*" aan als oorzaak.

Sommige moeders voelen zich volgens De Looze emotioneel onveilig. Dit kan er volgens De Looze voor zorgen dat ze angst voelen om fouten te maken. Ook het kritiek krijgen

vanuit de directe en minder directe omgeving bij het volgen van eigen gevoelens, kan volgens Calomme een oorzaak zijn voor het ervaren van gevoelens van eenzaamheid.

Één respondent gaf als oorzaak aan dat gevoelens en problemen werden gerelativeerd door de omgeving. Een andere respondent gaf aan bij niemand terecht te kunnen omdat ze de norm niet volgde. Wat ze hiermee bedoelt, is voor interpretatie vatbaar. Nog een andere moeder gaf aan "*afgewimpeld te worden*" wanneer ze haar zorgen naar buiten bracht. Dit sluit vermoedelijk aan bij "het zich niet erkend of begrepen voelen".

Volgens Notebaert kan het gemis aan emotionele verbinding een oorzaak zijn van eenzaamheid bij moeders, naast het gebrek aan een "*soulmate*" waarmee moeders de veranderingen in hun leven kunnen bespreken. Één respondent gaf aan "geen gesprekken te hebben". We vermoeden dat dit aansluit bij emotionele ondersteuning, al is het moeilijk om deze respons te interpreteren wat betreft de betekenis ervan.

Van de moeders die zich niet eenzaam voelden in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, gaf één moeder als oorzaak voor het niet ervaren van eenzaamheid aan dat er steeds iemand voor haar beschikbaar was om mee te praten.

#### Praktische ondersteuning:

Wat betreft praktische ondersteuning, gaven twee respondenten aan een gebrek aan praktische steun en hulp te hebben ervaren. Bij één van deze twee respondenten werd dit mogelijks veroorzaakt door situationele omstandigheden (corona) en andere omstandigheden. Ook het gebrek aan praktische ondersteuning van vrienden werd door één respondent aangehaald (*cfr. "vriendschappen"*), naast het gebrek aan oppasmogelijkheden.

Volgens De Looze durven moeders soms geen hulp te vragen vanuit angst voor kritiek. Dit kan een eenzaam gevoel veroorzaken. Ook Calomme geeft aan dat moeders niet snel geneigd zijn om hulp te vragen. Volgens Notebaert is praktische ondersteuning minder bereikbaar omdat gezinnen steeds vaker ver weg gaan wonen van hun familie. Hierdoor kunnen gezinnen (en moeders) zich eenzaam gaan voelen.

Wanneer we kijken naar de moeders die zich niet eenzaam voelden, gaven twee respondenten aan dat dit mede veroorzaakt werd doordat er steeds iemand beschikbaar was voor hulp.

#### Opvoeding en pedagogische visie:

Één respondent gaf een "persoonlijke zoektocht in opvoedingsstijl" aan als oorzaak voor het ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Een andere respondent gaf aan een andere opvoeding te hebben binnen haar omgeving. Nog een andere respondent maakte melding van een "andere visie". Bij deze laatste respons kunnen we niet met zekerheid zeggen wat de respondent precies bedoelde, al kunnen we hierbij voorzichtig stellen dat het wellicht ook gaat over het hebben van een andere opvoedingsvisie. Volgens De Looze kan het verschillen van opvoedingsstijlen veroorzaken dat moeders zich eenzaam gaan voelen wanneer ze bijvoorbeeld geen aansluiting vinden bij vrienden of familie.

#### Situationele factoren

Ook situationele factoren kunnen een oorzaak zijn bij het ontstaan of in stand houden van gevoelens van eenzaamheid. Deze factoren hangen af van een specifieke situatie. Zo maakten twee respondenten melding van een verhuis. Voor één van hen ontstond er fysieke afstand, terwijl dit er bij de andere respondent voor zorgde dat er geen sociaal netwerk (meer?) was. Door een andere respondent werden "corona" en "andere omstandigheden" aangekaart als oorzaak voor het gebrek aan externe hulp. Een andere respondent haalde tot slot "verbouwingen" aan als situationele oorzaak.

#### **7.3.4.2 Periodes meest eenzaam**

De periodes waarin de respondenten zich het meest eenzaam voelden, blijken heel verschillend te zijn. De respondenten maakten melding van verschillende tijdstippen met uiteenlopende tijdsduur op de vraag "*In welke periode – binnen de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) – voelde u zich het meest eenzaam? Welke factoren lagen hierbij aan de basis?*" (vraag elf). Ook de oorzaken zijn hierbij vaak verschillend.

In bijlage 14 geven we schematisch per respondent weer in welke periode die zich het meest eenzaam voelde. Hierbij vermelden we kort de oorzaak of aanleiding (indien vermeld).

#### **7.3.4.3 Rol van partnerrelatie**

In dit onderdeel bespreken we de rol van de partnerrelatie bij het al dan niet ervaren van gevoelens van eenzaamheid.

We integreren de responsen op de vraag "*Welke rol speelde de relatie met uw partner in het ervaren van gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren)?*" (vraag twaalf) voor moeders die aangaven zich eenzaam gevoeld te hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

Voor de moeders die zich niet eenzaam gevoeld hebben in deze periode, integreren we tevens de responsen op de vraag "*Welke rol speelde de relatie met uw partner in het niet ervaren van gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren)?*" (vraag zeventien).

Daarnaast integreren we ook de responsen uit vraag tien en vraag elf wanneer deze verwijzen naar de rol van de partnerrelatie.

Oorzaken die door een respondent in beide vragen werden aangehaald, werden in dit onderdeel geschrapt en dus niet dubbel vernoemd. Dit laatste met als doel geen vertekend beeld te geven van de hoeveelheid aan bepaalde responsen.

Net zoals bij de andere oorzaken voor eenzaamheid die moeders aangaven, worden de oorzaken met betrekking tot de partnerrelatie opgedeeld in verschillende categorieën. Deze resultaten worden overzichtelijk weergegeven in tabellen die terug te vinden zijn in bijlage 15.

#### Algemeen:

Van alle 28 respondenten die aangaven zich eenzaam gevoeld te hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, gaven vier respondenten gunstige factoren aan met betrekking tot de rol van de partnerrelatie bij het ervaren van eenzaamheid. Daartegenover waren er tien respondenten die enkel ongunstige factoren aanhaalden. Verder waren er vijf respondenten die zowel positieve als negatieve aspecten aanhaalden met betrekking tot de rol van de partnerrelatie. Bij zeven respondenten was het niet geheel duidelijk of er sprake was van positieve en/of negatieve aspecten met betrekking tot de partnerrol en het ontstaan of in stand blijven van gevoelens van eenzaamheid. Dit komt omdat zij ofwel geen antwoord gaven, hun responsen onduidelijk waren of voor interpretatie vatbaar waren. Tot slot gaven twee respondenten aan geen partner te hebben.

Bij de zes respondenten die aangaven zich niet eenzaam gevoeld te hebben in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, gaven vier respondenten gunstige factoren aan met betrekking tot de rol van de partner. Twee andere respondenten gaven hierover geen duidelijk antwoord.

#### Relatie tussen moeder en partner:

Als eerste categorie gaan we dieper in op de relatie tussen de moeder en diens partner. Uit de responsen van de moeders die zich eenzaam voelden, blijkt dat twee respondenten positieve aspecten aanhaalden met betrekking tot de relatie met hun partner. Zo gaf één



van deze respondenten aan dat ze als koppel sterker uit de relatie kwamen, terwijl een andere respondent aangaf dat goede gesprekken met haar partner hielpen om problemen uit te klaren. Van diezelfde groep moeders die zich na de geboorte eenzaam voelden, gaf één respondent aan dat ze beiden hun weg dienden te zoeken. Een andere respondent gaf aan dat er sprake was van een persoonlijke zoektocht als partner. Wat deze twee laatste respondenten hiermee precies bedoelden, is echter niet geheel duidelijk, waardoor we voorzichtig moeten zijn bij het interpreteren van deze responsen.

Een andere respondent gaf aan dat zij en haar partner het "ouder worden" onderling verschillend ervaren hebben waardoor er een grotere afstand ontstond tussen hun beiden. Een andere moeder haalde dan weer aan dat zij en haar partner de verbinding met elkaar kwijt zijn geraakt.

Op vlak van communicatie kwamen er ook enkele factoren binnen de partnerrelatie aan bod. Één respondent gaf aan haar ervaringen weinig te delen met haar partner, terwijl een andere respondent aangaf dat ze niet goed communiceerde met haar partner over hetgeen waarin hij haar zou kunnen ondersteunen. Ook Notebaert gaf tijdens het interview aan dat partners het moeilijk kunnen hebben om bepaalde zaken tegenover elkaar uit te spreken. Hierdoor kunnen moeders zich eenzaam gaan voelen. Verder gaf één respondent "spanning" aan, terwijl een andere respondent "ruzie" binnen de relatie aanhaalde. Wat beide respondenten hiermee precies bedoelden of hoe dit tot stand gekomen is, werd uit hun responsen niet geheel duidelijk. Daarom kiezen we ervoor deze niet verder te interpreteren. Tot slot bleek uit de bevraging dat twee respondenten alleenstaande moeders waren.

#### Psycho-emotionele factoren partner:

Wat betreft de psycho-emotionele factoren en processen bij de partner, haalde één moeder als oorzaak aan dat haar partner tijd nodig had om in zijn vaderrol te groeien. Daarnaast gaf een andere moeder als oorzaak voor eenzaamheid aan dat er bij haar partner weinig leek te veranderen sinds de komst van het kind, dit in tegenstelling tot bij zichzelf. Één andere respondent gaf aan dat ze omwille van een ontwikkelingsstoornis bij haar partner op beperkte praktische ondersteuning kon rekenen en dat deze ontwikkelingsstoornis een impact had op haar sociaal leven.

#### Tewerkstelling partner:

Met betrekking tot de tewerkstelling van de partner, gaven vier moeders als oorzaak aan dat hun partner vaak aan het werk was. Een andere moeders gaf aan dat haar partner

druk bezig was met het werk. Twee respondenten gaven het opnieuw (en snel) moeten gaan werken van hun partner aan als oorzaak van het ervaren van eenzaamheid.

Tevens gaf Notebaert als oorzaak van eenzaamheid aan dat partners vaak na tien dagen weer moeten gaan werken terwijl het leven van moeders op pauze lijkt te staan. Twee respondenten gaven soortgelijke responsen aan. Één respondent zei namelijk dat haar partner onveranderd bleef doorwerken, terwijl een andere moeder aangaf dat haar partner kon gaan werken terwijl zij thuis zat met de baby.

#### Sociale factoren partner (algemeen):

Ook wat betreft de sociale factoren van de partner, blijkt één moeder aan te geven dat haar partner nog weg ging met vrienden en naar familie ging terwijl zij thuis zat met de kinderen. De respondent die deze oorzaak aanhaalde, was een andere respondent dan de twee moeders die aangaven dat hun partners (onveranderd) bleven doorwerken terwijl zij thuis zaten met het kind.

#### Tijdsbesteding partner en zorg voor het kind:

Wat aansluit bij de laatste oorzaken die – binnen het kader van tewerkstelling en sociale factoren van de partner – werden vernoemd, is de respons van nog een andere moeder die aangaf dat haar partner druk bezig was met hobby's terwijl "ouder worden", haar eigen leven op zijn kop had gezet. Deze respons kunnen we plaatsen onder de categorie "tijdsbesteding partner en zorg voor het kind".

#### Emotionele ondersteuning partner:

Ook emotionele ondersteuning van de partner blijkt een rol te kunnen spelen bij het ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Begrip blijkt hierbij van belang. Één respondent gaf aan dat haar partner de ingrijpendheid van de veranderingen niet begreep en nog steeds niet begrijpt. Een andere respondent gaf aan dat er sprake was van onbegrip bij haar partner. Twee respondenten daarentegen gaven aan dat hun partner begripvol was, al bleek dit voor één moeder onvoldoende te zijn geweest. Een andere respondent gaf aan dat haar partner er emotioneel niet vaak was. Toch bleek een andere respondent ook aan te geven dat haar partner haar "*rots in de branding*" en "*steunpilaar*" was.

Van de zes respondenten die zich na de geboorte niet eenzaam hebben gevoeld, haalde één respondent aan dat ze een partner had die luisterde. Een andere respondent gaf aan steun te hebben verkregen van haar partner. Nog een andere respondent vertelde dat haar partner "de venster op de buitenwereld" voor haar betekende.

#### Praktische ondersteuning partner:

Wat betreft praktische ondersteuning, werden er minder aspecten aangekaart. Al veronderstellen we dat er een aantal aspecten met betrekking tot het krijgen van praktische ondersteuning vermeld staan in de categorie "ongedefinieerd". In deze categorie worden responsen aangegeven die vanuit de verkregen antwoorden niet met zekerheid te interpreteren zijn.

Twee respondenten gaven aspecten aan met betrekking tot praktische hulp bij het geven van (borst)voeding. Zo gaf één respondent aan dat haar partner niet kon helpen bij het geven van borstvoeding, terwijl een andere aangaf dat de nachtvoedingen voor haar rekening waren. Een andere respondent die zich eenzaam heeft gevoeld in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte gaf aan dat haar partner haar hielp waar mogelijk.

Volgens Nina Mouton zijn er daarnaast ook een aantal moeders die de hulp van hun partner weren omwille van perfectionisme. Moeders kunnen zich op die manier eenzaam gaan voelen.

Voor de respondenten die aangaven zich niet eenzaam gevoeld te hebben in de drie jaar na de geboorte, gaf één respondent de aanwezigheid van hulp van de partner aan als factor. Toch gaf ze daarnaast aan dat deze praktische ondersteuning van haar partner op het moment van het invullen van de vragenlijst in mindere mate was omwille van de corona-situatie en de zorg voor het oudste kind.

#### Pedagogische visie partner:

Twee respondenten die zich na de geboorte eenzaam hebben gevoeld, gaven als oorzaak aan dat er sprake was van een andere opvoedingsvisie tegenover de partner.

#### Gevoelens van de moeder m.b.t. de partner:

Twee respondenten die zich eenzaam hebben gevoeld na de geboorte, haalden in de bevraging gevoelens aan ten opzichte van de partner. Zo gaf één respondent aan gevoelens van boosheid en jaloezie te hebben gevoeld tegenover de partner omdat die volgens haar het verantwoordelijkheidsgevoel vlot kon uitschakelen. Een andere respondent gaf aan teleurgesteld te zijn.

#### Ongedefinieerde responsen m.b.t. de partner:

Binnen de categorie "ongedefinieerde responsen met betrekking tot de partner" worden alle responsen weergegeven die vanuit de verkregen antwoorden niet met zekerheid te interpreteren zijn. Voorzichtigheid bij de interpretatie ervan is dus sterk aanbevolen.

Één respondent gaf aan onvoldoende steun te hebben verkregen. Over welk soort steun zij het precies heeft, is echter niet duidelijk. Een andere respondent maakte melding van een *"niet beschikbare partner"*. We kunnen ook hierbij niet afleiden of het bijvoorbeeld gaat over het verkrijgen van praktische of emotionele ondersteuning. Het kan ook zijn dat deze respondent geen partner had. Één moeder gaf aan dat haar partner er onvoldoende voor haar en de kinderen was. Een andere moeder vertelde dat ze haar partner verweten heeft dat hij er onvoldoende was. Uit beide responsen kunnen we niet met zekerheid zeggen wat de respondenten precies bedoelden. Één respondent meldde dat haar partner niet goed wist hoe te ondersteunen bij borstvoeding. Dit kan zowel betrekking hebben op emotionele als praktische ondersteuning.

Één respondent gaf aan dat haar partner er veel was maar dat dat niet compenseerde. Ook hier kunnen we niet uit afleiden wat zij precies bedoelde met haar respons. Een andere respondent gaf aan dat haar partner aanwezig was. Verder kwamen er door verschillende respondenten nog antwoorden als *"partner deed zijn best"*, *"goede rol"*, *"was er wel"*, *"probeerde er wel te zijn"*. We leiden hieruit af dat het gaat om gunstige factoren maar kunnen hierover niet met zekerheid zeggen tot welke categorie deze antwoorden behoren.

Tot slot zei één respondent *"het was moeilijk"* en een andere zei *"het woog door"*. Ook deze responsen kunnen we vanuit de online bevraging niet interpreteren. Wanneer we een mondeling interview hadden afgenomen (hetgeen oorspronkelijk de bedoeling was) hadden we hierop kunnen doorvragen zodoende dat de responsen beter gedefinieerd konden worden.

Ook bij de respondenten die aangaven zich niet eenzaam te hebben gevoeld in de periode van drie jaar na de geboorte, kwamen twee ongedefinieerde responsen met betrekking tot de partner aan bod. Één respondent gaf aan dat haar partner een grote rol speelde. Op welke manier dit tot uiting kwam, is echter niet duidelijk vanuit haar respons. Een andere respondent maakte de letterlijke melding *"er gewoon zijn"*. Ook hier weten we niet precies wat zij hiermee bedoelde.

### **7.3.5 Psychische problemen**

In onze bevraging hebben we getracht inzicht te krijgen in de soorten psychische problemen waarmee moeders – die zich na de geboorte van hun kind(eren) eenzaam hebben gevoeld –, te maken kunnen krijgen. We deden dit door de vraag te stellen *"Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit psychische problemen ervaren? Indien ja, welke?"*. Deze vraag stelden we zowel aan moeders die zich in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte eenzaam hebben gevoeld (vraag vijftien,

vragenlijst één) als aan moeders die zich na de geboorte niet eenzaam hebben gevoeld (vraag achttien, vragenlijst één).

Hieronder vatten we de responsen van de 34 respondenten samen. We verdelen deze respondenten in een groep die zich na de geboorte eenzaam heeft gevoeld en een groep die zich na de geboorte niet eenzaam heeft gevoeld.

Bij het begrijpen van onderstaande resultaten, is het belangrijk om er rekening mee te houden dat onze vraagstelling met betrekking tot psychische problemen tamelijk ruim verwoord was en daarmee voor interpretatie vatbaar is. Beter hadden we de term "psychische problemen" nader gedefinieerd. Uit de responsen van sommige moeders hebben we afgeleid dat de vraagstelling voor hen te vaag was. Dit is een beperking aan het onderzoek waardoor we onderstaande resultaten niet zullen meenemen in de analyse.

#### Eenzaam na de geboorte:

Onderstaande resultaten zijn gebaseerd op 28 van de 34 respondenten.

**Tabel 9: Eenzaam na de geboorte: psychische problemen (responsen)**

<b>Responsen</b>
Nee (7) (9) (15) (18) (19) (21) (26)
Emotionele instabiliteit (1)
Rebound-effect na moeilijke en traumatische weg om kinderen te krijgen (1)
Depressie (2) (3) (5) (8) (20) (23) (25)
Postpartum depressie (4) (16) (27)
Depressieve klachten (12)
Situationele depressie (13)
Burn-out (3) (4) (6) (8) (10) (13) (27) (28)
Bore-out (10)
Zelfmoordgedachten (10)
PTSS (14)
<b>Overige</b>
Stress (10)
"Met mezelf in de knoop liggen" (24)

Schildklierproblemen (11) ***
Prenatale depressie voor de geboorte (22) ***
"Ik vind dit een vage vraag. Misschien uit een lijstje laten kiezen?" (17) ****
"Moeilijk te beoordelen wat daar precies onder zou vallen." (27) ****

\* Merk op dat sommige respondenten melding maakten van meerdere psychische problemen.

\*\* Merk op dat bovenstaande responsen gebaseerd zijn op basis van zelfbeoordeling. Er is niet geweten in welke mate de vernoemde psychische problemen klinisch vastgesteld zijn.

\*\*\* Merk op dat een aantal respondenten een respons gaven die geen betrekking had op de vraagstelling.

\*\*\*\* Merk op dat een aantal respondenten aangaven dat de vraagstelling onduidelijk was (*cfr. beperkingen aan het onderzoek*).

#### Niet eenzaam na de geboorte:

Vijf (29) (30) (31) (32) (34) van de zes respondenten gaven aan geen psychische problemen ervaren te hebben na de geboorte. Één respondent (33) antwoordde blanco.

### **7.3.6 Preventie en aanpak van eenzaamheid**

Tot slot willen we enkele praktische handvaten en tips aan moeders aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid. Daarom hebben we besloten om een brochure voor de praktijk op te stellen. De inhoud van deze brochure is tot stand gekomen op basis van eigen ideeën, de literatuur uit hoofdstuk drie en verschillende interviews met professionals. Deze professionals brachten een aantal tips en handvaten aan.

Omdat het ons te ver zou leiden om de bevindingen van alle bevraagde professionals binnen dit kader te bespreken, hebben we hierin een afgewogen selectie gemaakt. We hebben getracht een zo goed mogelijk evenwicht te vinden in de achtergronden van alle professionals en de tips die zij meedeelden. In totaal zullen we de input van zes professionals weergeven binnen deze bachelorproef. De uitgetypte versies van deze interviews met bijhorende tips zijn terug te vinden in bijlagen.

- Celia Groothedde Ledoux: bijlage 7
- Lauranne Segers: bijlage 8
- Karen De Looze: bijlage 9
- Nina Mouton: bijlage 10
- Elke Notebaert: bijlage 11

- Kim Calomme: bijlage 12

Naast de interviews werden ook de responsen van moeders uit de online semi-gestructureerde vragenlijst (vragenlijst één) mee in acht genomen bij het opstellen van deze brochure. We integreren deze responsen in bijlage 16.

### **7.3.7 Tot slot**

Binnen dit resultatengedeelte en de discussie die hierop volgt, hebben we er voor gekozen om niet alle gestelde vragen vanuit de eerste vragenlijst te analyseren en te bespreken. De reden hiervoor is dat deze geen antwoord bieden op onze onderzoeksvragen. Toch kunnen deze vragen relevant geweest zijn omdat het respondenten kan geholpen hebben om meer voeling te krijgen met het thema eenzaamheid en zich meer in te leven in het onderwerp. De vragen kunnen hen tevens geholpen hebben bij de bewustwording van bepaalde oorzaken, gevolgen of mentale processen waardoor hun responsen mogelijks meer diepgaande informatie kunnen bevatten. Deze kunnen relevant zijn voor het onderzoek. Daarnaast kunnen de resultaten ook relevant zijn voor eventueel vervolgonderzoek.

In het volgende onderdeel interpreteren we de resultaten en proberen we antwoord te bieden op onze vooropgestelde onderzoeksvragen.

## **7.4 Discussie**

Het doel van dit onderzoek was antwoorden te verkrijgen op de vier onderzoeksvragen die we aan het begin van dit hoofdstuk voorop hebben gesteld. In dit onderdeel trachten we een antwoord te bieden op onze onderzoeksvragen door voorgaande resultaten kritisch te interpreteren en vervolgens te koppelen aan het literatuuronderzoek.

Daarnaast formuleren we een aantal sterktes aan het onderzoek, gevolgd door enkele beperkingen waarvan we ons in de loop van het onderzoek bewust zijn geworden. Tot slot zullen we enkele suggesties voor vervolgonderzoek doen.

Aangezien we geen Vlaamse onderzoeksgegevens hebben teruggevonden met betrekking tot eenzaamheid bij Vlaamse moeders na de geboorte van een kind, hebben we ervoor gekozen om geen hypothesen of verwachtingen voorop te stellen met betrekking tot de prevalentie van eenzaamheid bij Vlaamse moeders na de geboorte. We kozen voor een exploratief onderzoek waarbij vooral de beleving van de respondenten centraal staat. Aangezien we vooral verkennend aan de slag willen gaan, kozen we er dan ook voor om het begrip eenzaamheid niet te definiëren binnen onze vraagstellingen.

Wel formuleerden we een hypothese met betrekking tot de samenhang tussen het ervaren van eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte van een kind. Op basis van de literatuur in hoofdstuk zes, verwachten we namelijk een samenhang te vinden tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid na de geboorte en het ervaren van psychische problemen na de geboorte.

Omdat ons onderzoek (gedeeltelijk) om een kwalitatief onderzoek gaat, is het van groot belang te benadrukken dat onze resultaten niet naar de algemene populatie van Vlaamse moeders gegeneraliseerd mogen worden (Neckebroek et al., 2015). Daarvoor is onze onderzochte doelgroep echter veel te beperkt. Tevens gaat het hier om een selecte steekproeftrekking waarin enkel moeders bereikt werden die lid zijn van moedergroepen op sociale media. De conclusies die in dit onderdeel getrokken worden, gelden dus enkel voor deze groep respondenten en niet voor alle Vlaamse moeders.

#### **7.4.1 Onderzoeksvraag 1: Ervaren Vlaamse moeders met jonge kinderen (nul tot drie jaar) gevoelens van eenzaamheid?**

##### Interpretatie resultaten:

Op de vraag "*Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?*", heeft de meerderheid van de respondenten "ja" geantwoord. In totaal gaven 180 (74,7%) van de 241 respondenten aan dat ze gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben na de geboorte, terwijl slechts 61 moeders (25,3%) aangaven zich niet eenzaam gevoeld te hebben in deze periode. Dit betekent dat een groot deel van de bevraagde moeders met gevoelens van eenzaamheid te maken kreeg in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte.

Hoewel het grootste deel van de respondenten aangaven dat ze tussen nul en drie jaar na de geboorte gevoelens van eenzaamheid ervaren hebben, dienen we er rekening mee te houden dat er ook andere factoren – die los staan van het moederschap – mede deze gevoelens veroorzaakt kunnen hebben. Uit deze cijfers mogen we dus niet concluderen dat enkel het krijgen van kinderen of het moederschap an sich deze gevoelens van eenzaamheid veroorzaakt hebben. Het kan daarbij zinvol zijn om de prevalentiecijfers van eenzaamheid na de geboorte te vergelijken met de prevalentiecijfers van eenzaamheid voor de geboorte.

Wanneer we eenzaamheid voor en eenzaamheid na de geboorte met elkaar vergelijken, merken we op dat de prevalentie van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte iets meer dan achttien procent (dit komt overeen met 44 respondenten) hoger ligt dan het ervaren van eenzaamheidsgevoelens in het hele leven vooraf aan de geboorte. Het is dus wel mogelijk dat het moederschap toch een bepaalde trigger kan zijn waardoor



gevoelens van eenzaamheid ontstaan. Al blijft dit slechts een voorzichtige hypothese en mogen we hierbij niet uitgaan van een causale relatie. Er kunnen namelijk ook andere factoren een rol spelen.

Wanneer we de samenhang tussen gevoelens van eenzaamheid (ooit) voor de geboorte en gevoelens eenzaamheid (in de eerste drie jaar) na de geboorte nagaan, stellen we vast dat Cramér's V overeenkomst met 0.43. Hieruit leiden we af dat er een matig tot redelijk verband is tussen eenzaamheid voor en eenzaamheid na de geboorte. Dit verband lijkt significant te zijn ( $\chi^2 = 42,91$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ). Het zou kunnen dat personen die zich voor de geboorte eenzaam gevoeld hebben een grotere kans hebben om zich ook na de geboorte eenzaam te voelen. Echter dienen we dit met enige voorzichtigheid te interpreteren.

#### Kritische bedenkingen:

Zoals eerder aangegeven, stelden we tijdens het onderzoek vast dat onze vraagstelling met betrekking tot het bevragen van het al dan niet ervaren van eenzaamheid voor de geboorte (vraag vijf) onvoldoende concreet verwoord werd. Hierbij stelden we namelijk volgende vraag: *"Heeft u voor de geboorte van uw kind(eren) ooit gevoelens van eenzaamheid ervaren?"* (vraag vijf). Het woord "ooit" is hierbij onvoldoende concreet en kan geïnterpreteerd worden als "het volledige leven vooraf aan de geboorte", hetgeen een ruim tijdsbestek betreft. De kans is namelijk groot dat iemand gedurende diens leven ooit wel eens gevoelens van eenzaamheid ervaren heeft en daarom "ja" aanduidde op vraag vijf. Dit kan bijvoorbeeld het geval geweest zijn in de puberteit en gaat daarbij dan meestal om een totaal andere levensperiode dan de periode vooraf aan het moederschap. Voorzichtig kunnen we hierbij stellen dat het prevalentiecijfer van eenzaamheid voor de geboorte mogelijks lager zou hebben gelegen, mochten we bijvoorbeeld de vraag hebben gesteld *"Heeft u in de periode van nul tot drie jaar voor de geboorte van uw kind(eren) gevoelens van eenzaamheid ervaren?"*. Aangezien dit over een kortere periode gaat, kunnen we voorzichtig stellen dat de kans mogelijks kleiner is dat men binnen deze periode effectief eenzaamheidsgevoelens ervaren heeft. Het verschil tussen eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte zou dan mogelijks nog groter kunnen geweest zijn.

Daarnaast kunnen we stellen dat ook de periode van nul tot drie jaar een ruim tijdsbestek omvat. Hoe breder deze periode, hoe groter de kans wellicht dat men ooit te maken heeft gehad met gevoelens van eenzaamheid.

Tot slot dienen we er ook rekening mee te houden dat moeders die zich eenzaam gevoeld hebben na de geboorte, misschien sneller geneigd waren om onze vragenlijst in te vullen.

Het zou bijvoorbeeld kunnen dat de vragenlijst hun aandacht meer trok dan bij moeders die zich niet eenzaam gevoeld hebben. Hierdoor kan de gemeten prevalentie mogelijks (kunstmatig) hoger liggen dan het prevalentiecijfer dat we in werkelijkheid zouden verkrijgen, mochten alle leden van de onderzochte moedergroepen deelgenomen hebben aan onze bevraging. Dit effect hebben we gedeeltelijk proberen op te vangen door in onze oproep aan te geven dat de vragenlijst door alle moeders ingevuld mocht worden, ongeacht of ze zich na de geboorte eenzaam gevoeld hebben of niet.

#### Conclusie:

Onder onze bevroegde respondenten blijkt dat 74,7% zich ooit eenzaam gevoeld heeft in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van hun kind(eren). We kunnen hieruit vast stellen dat een groot deel van de bevroegde moeders ooit te maken kreeg met gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Echter dienen we bij de interpretatie van deze resultaten rekening te houden met een aantal beperkingen waaronder bijvoorbeeld de gehanteerde vraagstelling en de bereikte doelgroep. Verder mogen we deze resultaten ook niet veralgemenen naar de volledige Vlaamse populatie van moeders.

Wanneer we de resultaten vergelijken met andere literatuur (zie hoofdstuk zes), blijkt dat er onder onze bevroegde respondenten heel wat meer moeders met eenzaamheid te maken kregen, vergeleken met de onderzoeken die plaatsvonden in Finland. Zo bleek uit een onderzoek van Juntilla et al. (2015) dat het merendeel van de moeders net zeer lage en stabiele gevoelens van emotionele (85,5%) en sociale (78,2%) eenzaamheid ervaren heeft. Slechts de minderheid kreeg te maken met (sterk) toenemende gevoelens van eenzaamheid na de geboorte.

Uit een enquête van het Verenigd Koninkrijk bleken dan weer meer dan 50% van de ouders (let op: zowel moeders als vaders) eenzaamheidsproblemen te ervaren. Hierbij werd echter geen indicatie gegeven van de periode waarin deze gevoelens vooral aanwezig waren. Wel zouden ouders met een kind jonger dan één jaar, – volgens dit onderzoek – meer kans hebben op eenzaamheid (Action For Children, 2017).

Algemeen veronderstellen we dat er mogelijks verschillen terug te vinden zijn in de prevalentiecijfers van eenzaamheid tussen verschillende landen. Volgens Yang en Victor (2011) zou men in Noord-Europese landen het laagste niveau van eenzaamheid ervaren. Dit zou kunnen verklaren waarom de eenzaamheidsprevalentie opvallend lager lag binnen het Fins onderzoek van Juntilla et al. (2015). We beschikken echter over onvoldoende prevalentiecijfers van andere landen, om de prevalentie van eenzaamheid bij Vlaamse moeders te kunnen vergelijken met andere landen.

## **7.4.2 Onderzoeksvraag 2: Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de gevoelens van eenzaamheid die moeders ervaren in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?**

Uit de bevraging van 34 moeders (vragenlijst één) kunnen we concluderen dat er verschillende oorzaken bestaan met betrekking tot het ervaren van eenzaamheid na de geboorte van een kind. Echter mogen we daaruit niet concluderen dat deze oorzaken steeds gekoppeld zijn aan het krijgen van kinderen. Toch stelden we vast dat een aantal oorzaken hun oorsprong lijken te vinden in het moederschap en/of het krijgen van kinderen.

Vanuit de resultaten stelden we vast dat er oorzaken te vinden zijn met betrekking tot fysieke factoren van de moeder, psycho-emotionele factoren van de moeder, fysieke en psycho-emotionele kindfactoren, tijdsbesteding van de moeder en zorg voor het kind, maatschappelijke factoren, tewerkstelling, zorg en professionele hulpverlening, sociale factoren, de partner(relatie), vriendschappen, familie, emotionele ondersteuning, praktische ondersteuning, opvoeding en pedagogische visie en tot slot eventuele situationele factoren. We deelden deze factoren op in verschillende categorieën.

In het onderstaande zullen we de voornaamste vaststellingen delen per categorie en kritisch bespreken.

Het is belangrijk om te vermelden dat onze steekproef te beperkt was om onderstaande vaststellingen of hypothesen te generaliseren naar de volledige populatie van Vlaamse moeders.

### Fysieke factoren moeder:

Met betrekking tot de fysieke factoren blijken vooral een gebrek aan slaap en een tekort aan energie één van de meest genoemde oorzaken te zijn binnen onze bevraging. Verder werden er weinig andere fysieke factoren aangehaald als oorzaak van eenzaamheid.

Uit een onderzoek van Brown en Lumley (2000), stellen we vast dat er een statistisch verband terug te vinden is tussen een lager niveau van emotioneel welzijn en vermoeidheid. Mogelijks speelt het gebrek aan energie een rol bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties, hetgeen een nefaste invloed kan hebben op het ervaren van eenzaamheid. Echter blijft dit slechts een voorzichtige hypothese.

### Psycho-emotionele factoren moeder:

Wanneer we kijken naar de psycho-emotionele factoren van de moeder als oorzaken voor eenzaamheid, blijkt perfectionisme één van de meest vernoemde oorzaken binnen onze

bevraging. We zien perfectionisme ook meermaals terugkomen op andere gebieden (*zie verschillende factoren 7.3.4.1*). Daarnaast wordt dit ook ondersteund vanuit de interviews met professionals. Dit doet ons veronderstellen dat perfectionisme waarschijnlijk een vaak voorkomende oorzaak kan zijn bij het ontstaan van eenzaamheid bij moeders. Mogelijks spelen sociale media en bepaalde beeldvormingen vanuit de maatschappij hierin een rol.

Naast perfectionisme zien we dat ook onzekerheid en angst regelmatig terugkomen. Het kan zijn dat angst om fouten te maken en angst voor reacties vanuit de omgeving hierbij een rol spelen. Indien dit laatste het geval is, zou dit ervoor kunnen zorgen dat moeders minder sociale contacten zoeken met anderen, minder hulp vragen of minder over hun gevoelens praten, waardoor eenzaamheid kan ontstaan. Echter kunnen we vanuit de responsen niet steeds zeggen waarvoor men zich precies angstig voelde en of dit eventueel toe te schrijven is aan persoonskenmerken. Bij dit laatste zou het kunnen zijn dat men omwille van een bepaald persoonskenmerk meer kwetsbaar is voor bepaalde gevoelens, waaronder eenzaamheid.

Het zou kunnen dat bepaalde persoonskenmerken (zoals bijvoorbeeld introversie) mogelijks een rol spelen bij het ontstaan van eenzaamheid. Al kunnen we hier op basis van de responsen geen duidelijk beeld over scheppen. Dit blijft slechts een voorzichtige hypothese die verder getoetst dient te worden.

Daarnaast worden er ook verschillende andere gevoelens als oorzaak van eenzaamheid benoemd. Omdat deze slechts in beperkte aantallen voorkwamen, trekken we hieruit geen conclusies en raden we aan om dit verder te onderzoeken.

Heel wat responsen wijzen erop dat de impact van het moederschap mee speelt in het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid na de geboorte. Dit vonden we ook terug in de literatuur, waaronder die van Rijks (s.d. a). Op basis van de literatuur en de bevraging van verschillende professionals, stellen we voorzichtig vast dat het moederschap (mogelijks onder invloed van hersenveranderingen) gepaard gaat met transformatieprocessen en persoonlijke ontwikkelingen. Het zou kunnen dat moeders zich hierdoor onbegrepen voelen door hun omgeving of dat er rolconflicten ontstaan waardoor men zich eenzaam gaat voelen. Dit laatste wordt ondersteund door de literatuur met betrekking tot posities en rollen (*zie 4.4.1*).

#### Kindfactoren (fysieke en psycho-emotionele factoren):

Wanneer we kijken naar de fysieke en psycho-emotionele factoren die gekoppeld zijn aan het kind, blijkt dat het hebben van een zogenaamde huilbaby (mogelijks omwille van onderliggende oorzaken) en medische problemen bij het kind een aantal keer aangekaart

werd door moeders. Ook het temperament en bepaalde gedragskenmerken van het kind werden aangehaald. Mogelijks is het zo dat moeders zich belemmerd voelen in het aangaan of in stand houden van sociale relaties (buitenshuis) omwille van bepaalde fysieke problemen en of gedragskenmerken van het kind. Hiervoor vinden we ook ondersteuning in de responsen die we hebben aangehaald onder de categorie "tijdsbesteding en zorg voor het kind".

Het zou ook kunnen dat moeders door bepaalde fysieke en psycho-emotionele factoren bij het kind, zich zodanig zorgen maken, waardoor ze zich eenzaam voelen met hun gevoelens.

#### Tijdsbesteding en zorg voor het kind:

Wat betreft tijdsbesteding en de zorg voor het kind, blijkt uit de bevraging van de moeders dat een veranderende tijdsindeling en de zorg voor het kind voor een aantal moeders een invloed kunnen hebben op het veroorzaken van eenzaamheid. Het gebrek aan tijd speelt hierin voor een aantal moeders een rol.

In de categorie "kindfactoren" zagen we dat fysieke factoren en gedragskenmerken van het kind er mogelijks voor kunnen zorgen dat moeders zich belemmerd voelen in het aangaan of in stand houden van sociale relaties. Dit sluit ook aan bij enkele oorzaken die vermeld worden onder de categorie "tijdsbesteding en zorg voor het kind". We concluderen hieruit dat ook een gebrek aan tijd bij een aantal moeders ervoor zorgt dat ze belemmerd worden in het aangaan en onderhouden van sociale relaties (buitenshuis). Vermoedelijk kunnen ze zichzelf daardoor eenzaam gaan voelen. Dit laatste wordt ondersteund door een aantal respondenten en professionals die aangeven dat het moeilijker is om uit huis te komen omwille van de kinderen.

Ook de zorg voor het kind werd een aantal keer aangehaald als oorzaak voor het ervaren van eenzaamheid. We gaan er van uit dat een aantal moeders door de aanwezigheid van hun kind ook belemmerd worden om sociale contacten buitenshuis aan te gaan of te onderhouden. Zo kan het bijvoorbeeld moeilijk zijn om kinderen ergens mee naartoe te nemen.

Wanneer we kijken naar het beperkt aantal (zes) respondenten dat zich niet eenzaam voelde, blijkt voor een aantal van hen dat de tijd die zij met hun kind doorbrachten hen geholpen heeft om zich niet eenzaam te voelen. Hieruit veronderstellen we dat voor een aantal moeders de tijd die ze met hun kinderen doorbrengen net kan helpen om eenzaamheid te voorkomen, terwijl dit bij andere moeders net een risicofactor kan zijn. Dit laatste dient verder onderzocht te worden.

Daarnaast zagen we ook dat één moeder die zich niet eenzaam voelde na de geboorte, aangegeven had, deel te nemen aan activiteiten als yoga en een postnatale work-out. Mogelijks is het zo dat moeders die naast de zorg voor hun kind ook tijd maken voor zichzelf, minder snel geneigd zijn om zich eenzaam te voelen. Het kan zijn dat zelfzorg hierbij een rol speelt, al is dit slechts een hypothese.

Wanneer het werkelijk zo is dat "tijd maken voor zichzelf" een beschermende factor kan zijn tegen eenzaamheid bij moeders, zouden we voorzichtig kunnen concluderen dat moeders die eerder perfectionistisch ingesteld zijn, mogelijks meer risico lopen op eenzaamheid omdat zij vermoedelijk (en dat is slechts hypothetisch) minder tijd maken voor zichzelf of minder aan zelfzorg doen. Echter is dit slechts een veronderstelling die verder onderzocht dient te worden.

#### Maatschappelijke factoren:

Op basis van de responsen van moeders en professionals concluderen we dat er tal van maatschappelijke factoren bestaan die eenzaamheid bij moeders mede kunnen veroorzaken. Deze oorzaken werden veelal door professionals aangekaart en in mindere mate door moeders zelf. Alvorens hierover een uitspraak te doen, is het belangrijk om ook de ervaring van moeders hieromtrent verder te bevragen.

Het idee dat er binnen onze maatschappij weinig erkenning, begrip en appreciatie is voor zwangere vrouwen en moeders speelt volgens sommige professionals een rol in het ontstaan van eenzaamheid. Daarnaast is onze maatschappij volgens sommige professionals weinig ingesteld op het krijgen van kinderen en is het niet altijd evident om kinderen ergens mee naartoe te nemen. Mogelijks kan dit ervoor zorgen dat moeders geïsoleerd geraken met hun kind tussen de vier muren van hun woning of dat ze zich niet erkend voelen binnen het ouderschap.

Daarnaast kan ook de combinatie van de zorg voor een kind en een carrière een oorzaak zijn voor het ontstaan van eenzaamheid. Moeders dienen hierin een evenwicht te vinden, hetgeen niet steeds vanzelfsprekend lijkt te zijn. Door het gebrek aan vrije tijd (naast het werk en de zorg voor de kinderen), kan het zijn dat er weinig tijd over is voor het aangaan van sociale relaties.

Sommige professionals zijn van mening dat het zorgen voor een kind als weinig waardevol aanzien wordt in onze maatschappij en dat er een onevenwicht bestaat tussen moeders en vaders wat betreft de zorg. Dit laatste idee wordt door een aantal respondenten ondersteund wanneer we vragen naar de rol van de partner. Zo geven een aantal respondenten aan dat het lijkt alsof hun leven sterk gewijzigd is na de komst van het kind,

in tegenstelling tot de vader die vaak al snel na de geboorte gaat werken zoals voorheen. Op basis van deze gegevens, lijkt het ons relevant dat er binnen de maatschappij meer aandacht is voor het verdelen van de zorg binnen het gezin. Mogelijks kan het aanmoedigen van ouderschapsverlof bij vaders hieraan iets veranderen.

Daarnaast is er volgens een aantal professionals te weinig aandacht en erkenning voor moeders en gaat deze veelal uit naar het kind. Vrouwen worden – volgens bepaalde professionals – in onze maatschappij slechts herleid tot de rol van “moeder” en worden tevens te weinig betrokken en serieus genomen door bepaalde instituten en in sommige gevallen ook door zorgverleners. Dit zou kunnen verklaren dat moeders zich emotioneel eenzaam voelen.

Verder lijken perfectionisme en bepaalde maatschappelijke ideaalbeelden ook een rol te spelen in het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid. Het idee dat iedereen verantwoordelijk is voor diens eigen geluk (zoals Segers aangeeft), kan perfectionisme vermoedelijk in stand houden of creëren. Voorzichtig gaan we er ook van uit dat media en bepaalde beeldvorming in onze maatschappij perfectionisme mede kunnen veroorzaken. Om die reden hebben we ervoor gekozen om in onze brochure aan te halen dat men voorzichtig moet omspringen met sociale media omdat andere moeders zich hierop soms beter voordoen dan de werkelijkheid. We willen hiermee voorkomen dat moeders denken dat het bij andere gezinnen wel allemaal perfect gaat. Een kritische blik op sociale media en de ideeën die moeders hebben van andere gezinnen, lijkt ons hierbij aangewezen. Mogelijks zou hiervoor een maatschappelijke interventie uiteen gezet kunnen worden.

Tot slot dienen we te benadrukken dat bovenstaande gegevens met betrekking tot maatschappelijke factoren, vooral aangekaart werden door professionals. Het is dan ook aangewezen om dit af te toetsen bij moeders door ook hun beleving hierover te bevragen.

#### Tewerkstelling:

Algemeen concluderen we dat het al dan niet tewerkgesteld zijn voor sommige moeders een oorzaak kan zijn voor het ervaren van eenzaamheid. Het wegvallen van professionele activiteiten of niet aan het werk zijn, kan daarvan voor een aantal moeders een oorzaak zijn. Daarnaast kunnen andere moeders zich net eenzaam voelen van zodra ze weer aan het werk gaan omdat er naast hun werk weinig tijd is voor zichzelf, het aangaan van sociale relaties of leuke dingen. Ze dienen daarnaast ook een evenwicht te vinden tussen de zorg voor het kind en hun carrière. Mogelijks kan dit voor een aantal moeders emotioneel zwaar vallen waardoor ze zich eenzaam gaan voelen met hun gevoelens. Vermoedelijk zal dit sterker tot uiting komen wanneer er weinig begrip of empathie is vanuit de werkvloer.

Daarnaast concluderen we dat ook het feit dat heel wat partners snel weer aan het werk moeten gaan, door moeders aangehaald wordt als oorzaak van eenzaamheid. Mogelijks voelen ze zich alleen in de zorg voor hun kind of missen ze een partner aan hun zijde om de zorg mee te delen.

#### Zorg en professionele hulpverlening:

Binnen de zorg- en hulpverlening kunnen we stellen dat een onvoldoende gestroomlijnde zorgverlening er bij bepaalde moeders voor kan zorgen dat er geen of moeilijker een vertrouwensband ontstaat tussen moeders en hulpverleners. Het zou kunnen dat moeders zich daardoor minder geneigd voelen om over moeilijke gevoelens te praten met bepaalde hulpverleners waardoor ze zich eenzaam kunnen voelen.

Daarnaast wordt de focus – volgens Segers – te weinig gelegd op de zorg voor de moeder en wordt er binnen de hulpverlening soms onvoldoende ruimte geschonken aan de gevoelens en kwetsbaarheid van moeders. Daarom kan het volgens ons zinvol zijn om zorgverleners ervan bewust te maken dat het belangrijk is om op regelmatige basis te bevragen hoe het met de moeder in kwestie gaat. Voldoende tijd en ruimte nemen hiervoor, lijkt ons daarbij van groot belang.

#### Sociale factoren (algemeen):

Wat betreft de algemene sociale factoren stellen we vast dat het hebben van geen of een beperkt sociaal netwerk een aantal keer door onze respondenten werd aangegeven als oorzaak van eenzaamheid. Dit wordt ondersteund door de literatuur (*zie 3.3.1.2*). Zo zagen we dat het hebben van een beperkt netwerk en persoonlijke relaties, eenzaamheid kan versterken of verhogen (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Toch betekent het hebben van een beperkt sociaal netwerk niet noodzakelijk dat men zich ook eenzaam voelt (Machielse & Hortulanus, 2010). In hoofdstuk twee en drie zagen we dat objectieve sociale isolatie (dus een laag aantal sociale contacten) in bepaalde gevallen kan leiden tot subjectieve sociale isolatie (namelijk het ervaren van gevoelens van eenzaamheid).

Daarnaast gaven ook een aantal respondenten aan zich thuis opgesloten te voelen met hun kind. Mogelijks worden een aantal moeders belemmerd om ergens naartoe te gaan omwille van praktische redenen met betrekking tot het kind. Het kan bijvoorbeeld een drempel voor moeders zijn om uit huis te komen omdat ze daarbij een aantal spullen moeten meenemen, zichzelf en de baby moeten klaarmaken enzovoort. Toch kunnen er ook andere oorzaken zijn waardoor moeders zich "*opgesloten voelen*" in hun huis.

#### Partner(relatie):



Uit de bevraging van de respondenten blijkt dat sommige moeders die zich eenzaam gevoeld hebben na de geboorte, ongunstige factoren met betrekking tot de partner(relatie) aangaven als oorzaak van eenzaamheid. Wanneer we daarnaast specifiek vroegen naar de rol van de partner(relatie) bij het ontstaan van eenzaamheid, bleek dat een aantal respondenten ook gunstige factoren aangaf met betrekking tot de partner(relatie) in functie van het ervaren van eenzaamheid. Uit de literatuur blijkt dat een goede partnerrelatie beschermend kan werken tegen eenzaamheid (Hawkley et al., 2008). Junntila et al. stelden vast dat er een sterke samenhang is tussen ontevredenheid binnen de partnerrelatie en sociale en emotionele eenzaamheid bij moeders. Echter dienen we te benadrukken dat dit betrekking heeft op een onderzoek dat plaatsvond in Finland. Deze resultaten mogen we dus niet naar de Vlaamse populatie veralgemenen.

Vanuit de responsen merkten we op dat er met betrekking tot de partnerrelatie zowel positieve als negatieve aspecten werden aangekaart met betrekking tot het ervaren van eenzaamheid. Sommige respondenten gaven bijvoorbeeld aan als koppel sterker naar elkaar toe gegroeid te zijn na de geboorte. Anderen gaven dan weer aan dat ze de verbinding met hun partner kwijt geraakten, dat er onderling conflicten ontstonden enzovoort. Ook de wijze van communicatie tussen partners kan hierin een rol spelen. Dit blijkt uit enkele responsen van moeders en vanuit interviews met professionals. In de literatuur wordt aangegeven dat – na de geboorte van een kind – de focus op de partner verschuift naar het kind. Dit kan een negatieve invloed hebben op de partnerrelatie (Kluwer, 2010). Mogelijks kan dit een oorzaak zijn voor het ontstaan van relationele problemen met eenzaamheid als gevolg.

Een aantal moeders gaven als oorzaak aan dat het leven van hun partner weinig leek te veranderen na het krijgen van kinderen, dit in tegenstelling tot hun eigen leven. In de responsen is dit bijvoorbeeld terug te vinden met betrekking tot psycho-emotionele processen van de partner (het opnemen van de vaderrol), tewerkstelling van de partner (vaders die snel of vaak aan het werk zijn), sociale contacten van de partner (waaronder met familie en vrienden) en (vrije)tijdsbesteding van de partner. Uit sommige responsen leiden we af dat een aantal moeders het idee hebben dat er voornamelijk in hun leven veel veranderde na het krijgen van kinderen. Dit in tegenstelling tot bij de partner. Deze vaststellingen worden ondersteund door bepaalde literatuur. Volgens Twenge et al. (2003) ervaren vooral vrouwen en ouders van zuigelingen de meeste rolconflicten en de grootste vrijheidsbeperking. Vrouwen beleven volgens hen meer persoonlijke en carrière gerelateerde veranderingen na de zwangerschap, bevalling en postpartum periode dan mannen. Ook Celia Groothedde Ledoux gaf aan dat in onze maatschappij vrouwen veel meer de zorg opnemen dan mannen.

Alvorens in onze vraagstelling specifiek te vragen naar de rol van de partner bij het ontstaan van eenzaamheid, haalden een tamelijk groot aantal moeders (zes respondenten) de tewerkstelling van hun partner aan als oorzaak van eenzaamheid. Uit de responsen bleek bijvoorbeeld dat een aantal partners vaak of snel weer aan het werk waren. Sommige respondenten gaven hierbij ook aan dat zij ondertussen thuis zaten met hun kind. Ook Notebaert gaf aan dat partners vaak na tien dagen na de geboorte weer gaan werken terwijl het leven van moeders na de geboorte op pauze lijkt te staan. Op welke manier de tewerkstelling van de partner precies eenzaamheid veroorzaakt heeft bij deze respondenten, is vanuit de responsen niet vast te stellen. Het ervaren van een gebrek aan emotionele en praktische ondersteuning van de vader zou hierbij een rol kunnen spelen, al is dit slechts hypothetisch.

Ook het gebrek aan emotionele ondersteuning van de partner werd een aantal keer aangekaart door respondenten. Vooral onbegrip en niet gesteund worden door de partner werden hierbij aangehaald. Toch gaven sommige respondenten – die zich eenzaam gevoeld hebben na de geboorte – ook aan zich wel gesteund gevoeld te hebben door hun partner. Bij één moeder bleek dit ondanks de steun van haar partner ontoereikend. Sommige respondenten die zich na de geboorte niet eenzaam gevoeld hebben, gaven aan emotionele ondersteuning te hebben gekregen van hun partner. Mogelijks kan de aanwezigheid van emotionele steun van de partner een beschermende factor zijn met betrekking tot het ervaren van gevoelens van eenzaamheid bij moeders. Het effect hiervan dient echter nader onderzocht te worden.

Als antwoord op vraag twaalf (vragenlijst één) kwamen er heel wat responsen met betrekking tot de partner die moeilijk te interpreteren zijn. Mogelijks hebben sommige van deze responsen betrekking op het gebrek aan emotionele maar ook praktische ondersteuning van de partner. Omwille van een aantal vage responsen, kunnen we dit niet met zekerheid aannemen.

Tot slot blijkt uit de bevraging dat een aantal moeders het hebben van een andere opvoedingsvisie dan hun partner ook zien als oorzaak van hun ervaren eenzaamheid.

Merk op dat bij de interpretatie van responsen, we er erg op dienen te letten dat de moeders die zich na de geboorte eenzaam hebben gevoeld, misschien eerder geneigd waren om oorzaken met betrekking tot de partner aan te kaarten die hun eenzaamheidsgevoelens hebben versterkt of in stand gehouden. We vermoeden dat deze moeders mogelijks minder snel geneigd waren om daarnaast ook positieve zaken met betrekking tot de partner te benoemen, ook al waren deze misschien wel aanwezig. Concreet kan het dus zijn dat eenzame moeders vooral zaken met betrekking tot hun

partner benoemen die hun gevoelens van eenzaamheid bevestigen, terwijl er mogelijk ook sprake geweest kan zijn van positieve of beschermende aspecten met betrekking tot de partner. De wijze van vraagstelling kan hierbij ook hebben meegespeeld.

#### Vriendschappen:

Ook vriendschappen kunnen voor een aantal moeders een rol spelen in het ontstaan van eenzaamheidsgevoelens. We gaan ervan uit dat weinig vrienden zich namelijk op hetzelfde moment in dezelfde levensfase bevinden. Mogelijks worden sociale contacten met vrienden hierdoor belemmerd of ervaren moeders om die reden weinig emotionele aansluiting bij hun vrienden waardoor ze zich emotioneel eenzaam kunnen voelen. Voorzichtig gaan we ervan uit dat het voor een aantal moeders kan helpen om andere moeders te leren kennen met kinderen uit dezelfde leeftijdscategorie.

#### Familie:

Ook de familie kan een rol spelen in het ontstaan van eenzaamheid. Dit blijkt uit de responsen van een aantal respondenten. Een gebrek aan liefde en erkenning van de eigen ouders (emotionele ondersteuning) kan voor sommige moeders nefast zijn met betrekking tot het ervaren van eenzaamheid. Daarnaast speelt ook de afwezigheid van praktische ondersteuning van familie voor een aantal moeders een rol.

Verder zijn een aantal professionals van mening dat eenzaamheid bij moeders ook de oorsprong kan vinden in de eigen kindertijd en de relatie met hun moeder. Omdat dit vooral door professionals wordt aangekaart en zij eerder in contact komen met moeders met een dieperliggende problematiek, mogen we dit niet generaliseren naar onze onderzochte doelgroep.

#### Emotionele ondersteuning:

Onbegrip vanuit de omgeving en zich niet begrepen of erkend voelen, werd door een aantal respondenten en professionals aangekaart als oorzaak van hun eenzaamheid. Op basis daarvan veronderstellen we dat deze zaken mogelijks een grote rol kunnen spelen bij het tot stand komen en ervaren van eenzaamheidsgevoelens. Dit wordt ondersteund door de literatuur van Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007) waarin wordt aangegeven dat een gebrek aan het verkrijgen van praktische en vooral emotionele steun een grote rol speelt bij eenzaamheid.

Iemand waarbij men terecht kan om over gevoelens en problemen te praten, zou een belangrijke factor kunnen zijn bij het voorkomen van eenzaamheid. Toch is deze

veronderstelling slechts gebaseerd op één respondent en dienen de effecten hiervan verder onderzocht te worden.

#### Praktische ondersteuning:

Het gebrek aan praktische ondersteuning kan een oorzaak zijn voor het ontstaan van eenzaamheid. Mogelijks kan dit mede veroorzaakt worden doordat sommige gezinnen verder weg gaan wonen van hun familie. Dit wordt echter ondersteund vanuit de literatuur van Van Tilburg en De Jong-Gierveld (2007) (zie hoofdstuk drie). Ook Van Weddingen (2017) geeft in haar boek aan dat vrouwen vroeger vaker samen of dicht bij elkaar woonden waardoor ze elkaar konden ondersteunen in het moederschap. Praktische ondersteuning wordt hierdoor mogelijks minder gemakkelijk bereikbaar. We vermoeden dat hierbij ook meespeelt dat de eigen ouders en schoonouders vaak zelf aan het werk zijn waardoor moeders misschien minder kunnen rekenen op praktische ondersteuning vanuit familie. Echter gaat het hier slechts om een hypothese die verder onderzocht moet worden.

Hulp vragen en durven vragen, kan volgens sommige professionals een uitdaging zijn voor moeders. Het zou kunnen dat praktische ondersteuning minder aangeboden wordt omdat moeders zelf geen hulp vragen. Het kan daarnaast ook mogelijk zijn dat moeders vanuit perfectionisme (die mogelijks mede veroorzaakt wordt vanuit maatschappelijke aspecten) minder snel geneigd zijn om hulp te vragen. Echter gaat het ook hier om hypothesen die verder getoetst dienen te worden.

#### Opvoeding en pedagogische visie:

De persoonlijke zoektocht in de opvoedingsstijl die bij een moeder past, kan voor sommige moeders een eenzaam gegeven zijn. Daarnaast verschillen opvoedingsstijlen soms van anderen waardoor moeders mogelijks geen of moeilijk aansluiting vinden bij hun omgeving. We veronderstellen dat ze zich daarom mogelijks emotioneel en sociaal eenzaam kunnen voelen.

#### Situationele factoren:

Ook situationele factoren kunnen een oorzaak zijn bij het ontstaan of in stand houden van gevoelens van eenzaamheid. Deze factoren hangen af van een specifieke situatie waardoor eenzaamheid kan uitgelokt, veroorzaakt, verergerd of in stand gehouden worden.

#### Kritische bedenkingen:

Bij de analyse van de responsen die door respondenten werden aangehaald, bleek dat sommige responsen niet met zekerheid geïnterpreteerd konden worden omdat deze voor

interpretatie vatbaar waren of onvoldoende duidelijk aan de hand van de geschreven responsen. Wanneer we mondelinge interviews hadden afgenomen (hetgeen oorspronkelijk de bedoeling was), hadden we hierop kunnen doorvragen zodanig dat de responsen beter gedefinieerd konden worden.

Daarnaast zijn de gerapporteerde oorzaken slechts gebaseerd op de responsen van een klein aantal respondenten.

Tevens werden de respondenten aangesproken via een bepaald kanaal, namelijk moedergroepen op Facebook. Mogelijks kunnen sociale media kanalen zoals Facebook of het lid zijn van een moedergroep, een rol hebben gespeeld in welke oorzaken respondenten wel of niet hebben aangehaald.

Tot slot gaan de hierboven vermeldde oorzaken slechts over mogelijke oorzaken die bij een aantal moeders (in dit geval onze respondenten) eenzaamheid kunnen veroorzaken. Dit laatste wil daarom niet zeggen dat wanneer men zich als moeder binnen een bepaalde situatie bevindt of wanneer er sprake is van een bepaalde factor die we hierboven benoemd hebben, men zich ook daadwerkelijk eenzaam hoeft te voelen. Mogelijks spelen ook een aantal andere factoren een rol bij het al dan niet ontstaan van eenzaamheid. Hiervoor vinden we ondersteuning in de literatuur, waaronder bijvoorbeeld de literatuur met betrekking tot beschermende factoren voor eenzaamheid (zie 3.4) en de literatuur in hoofdstuk twee waarin we bijvoorbeeld aangeven dat het hebben van een beperkt sociaal netwerk niet hoeft te betekenen dat men zich daadwerkelijk eenzaam voelt. Ook andere zaken kunnen een rol spelen. Concreet kunnen we stellen dat bovenstaande oorzaken dan wel een trigger kunnen zijn voor het ervaren van eenzaamheidsgevoelens maar daarom (gelukkig) geen garantie betekenen voor het daadwerkelijk ervaren van eenzaamheidsgevoelens.

### **7.4.3 Onderzoeksvraag 3: Is er een samenhang tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?**

#### Interpretatie resultaten:

Uit de resultaten blijkt dat er slechts een zwak verband (Cramér's  $V = 0.24$ ) is tussen gevoelens van eenzaamheid in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte en psychische problemen in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte. Dit verband lijkt significant te zijn ( $\chi^2 = 13,12$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ).

#### Kritische bedenkingen:

Bovenstaande resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, daar waar er enkele kritische bedenkingen zijn wat betreft de vraagstelling die we hebben gehanteerd.

Binnen onze vraagstelling hebben we de term "psychische problemen" niet nader gedefinieerd. We hebben deze vrijheid bij de respondent gelaten. Het nadeel hieraan is dat de term "psychische problemen" ruim geïnterpreteerd kan worden of dat respondenten niet goed weten wat hiermee precies bedoeld werd. Dit blijkt ook uit sommige responsen op vraag vijftien in de kwalitatieve vragenlijst (zie 7.3.5). Deze vage verwoording kan er toe geleid hebben dat respondenten eerder geneigd waren "nee" te antwoorden op de vragen omtrent psychische problemen, vanuit enige voorzichtigheid. Andersom kan het ook zijn dat respondenten eerder geneigd waren om "ja" te antwoorden.

#### Conclusie:

Wanneer we de gevonden samenhang tussen eenzaamheid en psychische problemen bij moeders koppelen aan de hypothese, kunnen we deze hypothese niet bevestigen. Er werd binnen ons kwantitatief onderzoek namelijk geen samenhang gevonden tussen beiden.

Deze bevinding sluit echter niet aan bij wat we verwacht hadden vanuit de literatuur die we besproken hebben in hoofdstuk zes. Zo stelden Junttila et al. (2015) vast dat er een sterke samenhang was tussen eenzaamheid, sociale fobie en depressie. Deze bevindingen werden ondersteund door verschillende onderzoeken waaronder die van Heinrich en Gullone (2006) en Luoma et al. (2015; 2018). Uit het onderzoek van Luoma et al. (2018) bleek eenzaamheid samen te hangen met ontevredenheid over het leven en de aanwezigheid van depressieve symptomen. Echter hebben deze onderzoeken betrekking op een Finse steekproef en kan de nationaliteit hiermee mogelijks iets te maken hebben.

Wat ons daarnaast wel opviel, was dat bijna de helft van de respondenten die zich eenzaam gevoeld heeft in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte, depressieve symptomen rapporteerden op de vraag "*Heeft u in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte ooit psychische problemen ervaren? Indien ja, welke?*" (vraag vijftien uit vragenlijst één).

#### **7.4.4 Onderzoeksvraag 4: Welke handvaten en tips kunnen we aanreiken ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte?**

Omdat er weinig tot geen wetenschappelijke literatuur te vinden is die specifiek de aanpak van eenzaamheid bij moeders behandelt, focussen we hierbij op (potentieel werkbare) tools die we mee kregen van professionals die vanuit het werkveld in aanraking komen met moeders. Tevens baseerden we ons ook op zaken die volgens ons eigen aanvoelen

potentieel werkbaar kunnen zijn. We hielden hierbij rekening met de theoretische interventies uit hoofdstuk drie (zie 3.6). Tevens hielden wij ook rekening met de tips en oorzaken die moeders in ons eigen praktijkonderzoek aanhaalden. Op basis van de vele inzichten die we kregen in de verschillende oorzaken van eenzaamheid bij moeders, konden we enkele concrete handvaten formuleren.

Concreet is de brochure een product met enkele zeer praktische handvaten en tips waarmee moeders in eerste instantie zelf aan de slag kunnen. Omwille van bepaalde initiatieven, werd de brochure voornamelijk ontworpen voor moeders binnen de provincies Antwerpen en Vlaams Brabant. We vonden het van zeer groot belang om aan het begin van de brochure mee te geven dat moeders enkel de tips dienen te gebruiken die voor hen zinvol kunnen zijn.

Omdat de brochure nieuw is in de praktijk, raden we aan om de relevantie en werkbaarheid hiervan op termijn nader te onderzoeken en evalueren. Indien nodig kan er worden bijgestuurd. Eventueel op basis van de feedback van moeders.

#### **7.4.5 Sterktes aan het onderzoek**

Voor zover wij konden vaststellen, vonden we in de wetenschappelijke literatuur geen onderzoeken terug met betrekking tot het onderzoek van eenzaamheid bij Vlaamse moeders. Toch blijkt uit de prevalentie van onze bevraging en de interviews met professionals dat een groot aantal moeders gevoelens van eenzaamheid ervaart na de geboorte. Dit onderzoek is dan ook een eerste aanzet naar het onderzoeken van eenzaamheid bij Vlaamse moeders na de geboorte.

Een andere sterkte is dat we binnen dit onderzoek een groot aantal oorzaken van eenzaamheid bij moeders in kaart konden brengen. Ook al dienen we hierbij rekening te houden met het feit dat deze slechts gebaseerd zijn op een tamelijk beperkt aantal respondenten en een specifieke doelgroep. Toch lijkt ons dit een eerste aanzet bij het in kaart brengen van relevante oorzaken van eenzaamheid bij moeders. Van zodra er inzicht is in de oorzaken van eenzaamheid bij deze doelgroep, kunnen er ook oplossingsgerichte methodieken en handvaten bedacht worden om hierop te anticiperen of preventief mee aan de slag te gaan.

Naast een uitgebreid literatuuronderzoek, is dit onderzoek gebaseerd op zowel een kwalitatieve als kwantitatieve bevraging bij een voldoende aantal respondenten. Daarnaast werden ook vijftien professionals geïnterviewd die in het werkveld regelmatig met moeders in contact komen.

Één van de grootste sterktes aan ons onderzoek is dat we een eerste aanzet hebben gemaakt wat betreft de preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders. Dit laatste op een zeer laagdrempelig niveau. Dit deden we aan de hand van een brochure waarin we praktische handvaten formuleerden waarmee moeders in eerste instantie zelf mee aan de slag kunnen. De brochure kan gedeeld worden in bijvoorbeeld wachtzalen van vroedvrouwenpraktijken, bij huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, Kind en Gezin en heel wat andere plaatsen waar moeders aanwezig zijn. Het grote voordeel van een brochure is dat deze laagdrempelig is voor moeders om te lezen en/of mee te nemen naar huis. Om die reden kozen we dan ook voor een brochure in A5-formaat. Dit maakt het mogelijk om de brochure gemakkelijk mee te nemen in bijvoorbeeld een handtas. Naast het feit dat moeders zelf kunnen kiezen om de brochure mee te nemen (bijvoorbeeld in een wachtsaal), kan de brochure ook standaard meegegeven worden bij bijvoorbeeld prenatale controles bij gynaecologen., wanneer moeders bevallen zijn of door vroedvrouwen aan huis. Dit laatste heeft dan vooral preventie als doel.

Naast de laagdrempeligheid, biedt de brochure ook een houvast in moeilijke tijden. Wanneer moeders niet goed in hun vel zitten, kan het namelijk een drempel voor hen zijn om nog op zoek te gaan naar bepaalde hulpbronnen. Zo beschikken moeders soms over beperkte tijd en energie waardoor ze misschien minder snel geneigd zijn om zelf op zoek te gaan naar oplossingen. De brochure biedt heel wat handvaten en concrete initiatieven waardoor moeders zelf geen eindeloze zoektocht meer moeten afleggen naar potentiële oplossingen. Omdat de brochure erg praktische handvaten bevat, kunnen moeders hiermee in eerste instantie zelf reeds aan de slag gaan op een laagdrempelige manier. Daar waar de ervaring van eenzaamheid individueel heel verschillend kan zijn en de aanpak hierop afgestemd moet worden, reikten we verschillende tools aan. Wat voor de ene moeder werkt, werkt niet persé ook voor de andere. Moeders kunnen daarom zelf bepalen welke handvaten voor hen zinvol lijken en waarmee ze aan de slag willen gaan. De brochure kan op die manier een eerste reddingsboei zijn in moeilijke tijden.

Met de brochure willen we ook het thema eenzaamheid bespreekbaar maken. Vaak lijkt eenzaamheid bij moeders nog iets te zijn wat letterlijk en figuurlijk tussen vier muren blijft. Met deze brochure proberen we een eerste aanzet te geven om het thema eenzaamheid meer bespreekbaar te maken. Daarnaast kan er ook bewustwording gecreëerd worden bij moeders die zich eenzaam voelen maar hieraan nog niet de juiste woorden kunnen geven.

#### **7.4.6 Beperkingen aan het onderzoek**

Hoewel we vooraf reeds goed hebben nagedacht over de onderzoeksmethodiek en de vraagstelling bij onze onderzoeksinstrumenten, kwamen er in de loop van het onderzoek



en de analyse van de resultaten toch een aantal beperkingen naar boven. De voornaamste beperkingen bespreken we in dit onderdeel.

#### Tijd en ruimte:

Het onderzoek vond plaats tussen 8 april en 13 mei 2020. Op dit moment was Vlaanderen – omwille van Covid-19-maatregelen – in (gedeeltelijke) lockdown. Gezien het specifieke thema van deze bachelorproef, namelijk eenzaamheid, kunnen de resultaten mogelijks beïnvloed zijn door de situatie. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een aantal respondenten zich op het ogenblik van het invullen van de vragenlijst, eenzamer voelde omwille van de Covid-19-maatregelen. Deze uitzonderlijke situatie kan mogelijks een invloed hebben gehad op de beleving van eenzaamheid met betrekking tot het heden en verleden.

Omwille van de gewijzigde situatie in functie van de Covid-19-maatregelen, diende de onderzoeksmethodiek op korte tijd aangepast te worden. Het kwalitatief onderzoek werd afgelegd aan de hand van online vragenlijsten in plaats van aan de hand van semi-gestructureerde diepte-interviews. De online bevraging aan de hand van vragenlijsten had als belemmering dat bepaalde responsen moeilijk te interpreteren waren.

#### Methode:

Omwille van de Covid-19 maatregelen hebben we de onderzoeksopzet in korte tijd moeten wijzigen. Normaliter zouden we gebruik gemaakt hebben van van face-to-face diepte-interviews, maar deze konden omwille van de specifieke situatie niet meer plaatsvinden. Ook de constante aanwezigheid van derden liet ons niet toe om de interviews ter vervanging via bijvoorbeeld video-interviews af te nemen. In plaats daarvan werden de vragen gesteld aan de hand van een vragenlijst met zowel open als gesloten vragen. Wat betreft de responsen op de open vragen, stelden we bij de analyse vast dat sommige responsen moeilijk of dubbel te interpreteren zijn. We deden ons best om deze zo neutraal mogelijk te benaderen zonder daarbij tot interpretatie over te gaan. De resultaten en besluiten dienen daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Gedeeltelijk wordt deze beperking opgevangen door de vele interviews die we bij professionals hebben afgenomen.

#### Doelgroep:

De doelgroep werd bereikt via een aantal moedergroepen op Facebook. Op deze manier bereikten we slechts een specifieke doelgroep, namelijk moeders die lid zijn van moedergroepen op sociale media. Dit kenmerk van de doelgroep, - namelijk het feit dat ze lid zijn van een moedergroep op sociale media – kan mogelijks een invloed hebben gehad op de resultaten.

Er werden binnen ons onderzoek weinig socio-demografische gegevens bevroegd. Op deze manier hoopten we de anonimiteit zo goed mogelijk te garanderen. Daartegenover staat wel dat we weinig inzicht hebben in de achtergronden en persoonlijke kenmerken van de deelnemende respondenten. Het enige wat we met zekerheid weten is de leeftijd van de moeder en het gegeven dat zij over sociale media en wellicht ook over internet beschikken. Tevens weten we ook met zekerheid dat zij lid zijn van een moedergroep op Facebook.

Daarnaast hadden we de socio-demografische kenmerken beter aan het einde van de bevraging gesteld tegenover aan het begin. Op die manier kunnen respondenten zoveel mogelijk een gevoel van anonimiteit ervaren en worden er geen onbewuste verdedigingsmechanismen teweeg gebracht. Dit laatste zou de manier van antwoorden mogelijk kunnen beïnvloeden.

#### Vraagstelling:

Sommige vragen werden onvoldoende concreet gesteld, waardoor de resultaten minder valide en moeilijker te interpreteren zijn. Vragen met daarin verwoordingen als "ooit" zijn vaag en hebben betrekking op een te brede tijdsbepaling. Denk hierbij in het bijzonder aan vragen vijf en negentien (vragenlijst één) en vragen vier en zes (vragenlijst twee).

Ook de vraagstellingen naar psychische problemen waren vaag verwoord. De term "psychische problemen" had specifiekere gedefinieerd mogen worden voor respondenten, zodanig dat ze een duidelijker idee hadden van wat hiermee precies bedoeld werd.

De vraag naar het aantal kinderen en diens leeftijd konden we beter opsplitsen en indelen in categorieën. Dit zou het gemakkelijker maken om de resultaten achteraf te interpreteren en verwerken. Uit de huidige manier blijkt namelijk dat sommige resultaten onduidelijk en voor interpretatie vatbaar waren. Om die reden hebben we besloten deze gegevens niet te analyseren en gebruiken.

### **7.4.7 Suggesties voor vervolgonderzoek**

Met ons onderzoek hebben we een eerste aanzet genomen met betrekking tot het onderzoeken van eenzaamheid bij Vlaamse moeders. Daarnaast willen we graag een aantal suggesties voor vervolgonderzoek doen. Ons huidige onderzoek kan hierbij mogelijk als vertrekbasis dienen.

#### Prevalentie:

Als eerste lijkt het ons goed om de prevalentie van eenzaamheid bij moeders na de geboorte te meten in een ruimere en meer diverse doelgroep van Vlaamse moeders. Een

groter aantal respondenten en een ruimere steekproeftrekking is hierbij aangewezen. De UCLA-eenzaamheidsschaal zou hiervoor gebruikt kunnen worden. Echter onderzoekt men hierbij eenzaamheid als één dimensionaal begrip (zie 3.7.1).

#### Belevingsonderzoek:

Als tweede kan het aangewezen zijn om de beleving van eenzaamheid bij moeders uitgebreid te onderzoeken, samen met de gevolgen op het mentaal welzijn en het gedrag van moeders. We raden aan om dit op een kwalitatieve wijze (bv. aan de hand van diepte-interviews) te bevragen binnen een ruime en gedifferentieerde steekproef. Vragen drie, zeven, acht en negen uit vragenlijst één kunnen hierbij helpen.

#### Verschilonderzoek:

Als derde lijkt het ons relevant om de prevalentiecijfers van eenzaamheid bij Vlaamse moeders te vergelijken met de prevalentiecijfers van eenzaamheid bij moeders uit andere landen. Bij voorkeur wordt dit onderzoek gemeenschappelijk gecoördineerd.

Als vierde kan het relevant zijn om na te gaan of er een verschil is tussen het ervaren van gevoelens van eenzaamheid bij een eerste, tweede, derde, ... kind.

Ten vijfde kan het interessant zijn om na te gaan of er verschillen in eenzaamheid bestaan naargelang de leeftijd van de vrouw. Eventueel kan dit aan de hand van leeftijdscategorieën. Ook de verschillen tussen andere socio-demografische kenmerken kan onderzocht worden. Denk bijvoorbeeld aan de woonplaats of opleidingsniveau van vrouwen.

Ten zesde kan het relevant zijn om te onderzoeken of er een verschil is tussen het ervaren van eenzaamheid voor de geboorte en eenzaamheid na de geboorte. We deden dit reeds in 7.2.2.1 maar gezien de ruime tijdsindicatie en de vaagheid van onze vraagstelling met betrekking tot eenzaamheid voor de geboorte, doen we hierover liever geen uitspraak. Verder onderzoek met een concretere vraagstelling kan hierbij aangewezen zijn. Op die manier kan er nagegaan worden of moeders zich na de geboorte eenzamer voelen dan voorheen.

Als zevende lijkt het ons interessant om een grootschalig longitudinaal onderzoek te doen naar eenzaamheid bij Vlaamse moeders. Uit onze responsen stelden we namelijk vast dat de periode waarin moeders zich het meest eenzaam voelden, heel verschillend kan zijn. Verder onderzoek dat op regelmatige tijdstippen en over een langere periode plaatsvindt, lijkt ons dan ook een meerwaarde.

Als achtste suggestie raden we aan om na te gaan of er een verschil is in het ervaren van eenzaamheid en de mate waarin iemand behoefte heeft aan sociaal contact. Vraag vier uit vragenlijst één kan hierbij gebruikt worden.

#### Soorten eenzaamheid:

In de literatuur stelden we vast dat eenzaamheid verschillende soorten kent (zie 3.2). Het kan dan ook relevant zijn om na te gaan met welke soorten eenzaamheid moeders voornamelijk te maken krijgen. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (zie 3.7.2). Echter doet deze enkel onderzoek naar sociale en emotionele eenzaamheid. Men zou dus kunnen opteren om een meetinstrument te ontwikkelen die onderzoek doet naar meerdere soorten eenzaamheid. Bij voorkeur is deze ook afgestemd op de doelgroep van moeders.

#### Oorzaken:

Met ons huidige onderzoek brachten we reeds heel wat mogelijke oorzaken van eenzaamheid bij moeders in kaart. Omwille van de beperkte doelgroep, is het moeilijk om uitspraak te doen over welke oorzaken het vaakst aanwezig zijn. We raden dan ook aan om verder onderzoek te doen naar de prevalentie van de verschillende oorzaken van eenzaamheid bij moeders. Men kan hierbij voortbouwen op de resultaten uit dit onderzoek. Om de prevalentie van de verschillende oorzaken te onderzoeken, raden we een kwantitatief onderzoek bij een ruime en gedifferentieerde doelgroep aan.

#### Gevolgen:

We vermoeden dat wanneer moeders zich eenzaam voelen, dit niet enkel individuele gevolgen heeft voor de moeder zelf, maar ook voor het kind, het gezin en zelfs de ruimere omgeving. We zouden dan ook graag de suggestie doen om in een vervolgonderzoek te onderzoeken welke impact eenzaamheid bij moeders kan hebben op de (psycho-emotionele) ontwikkeling van het kind en op het functioneren van het gezin.

#### Preventie en aanpak van eenzaamheid:

Met onze brochure maakten we een eerste aanzet met betrekking tot de preventie en aanpak van gevoelens van eenzaamheid bij moeders. De relevantie en werkbaarheid van deze brochure evalueren, kan zinvol zijn. Eventueel kan dit op basis van de feedback van moeders en professionals.

Daarnaast kan verder onderzoek met betrekking tot de preventie, aanpak en begeleiding van eenzaamheid bij moeders zinvol zijn.

De aanpak van eenzaamheid kan verschillen van het soort eenzaamheid dat men ervaart. Er is verder onderzoek nodig om vast te stellen met welke soorten eenzaamheid moeders vooral te maken krijgen in de eerste drie jaren na de geboorte van hun kind. Wanneer we hierop meer zicht krijgen, kan een aanpak nog beter afgestemd worden op de soort eenzaamheid waarmee een bepaalde moeder te maken krijgt.

Verband tussen eenzaamheid en psychische problemen:

Omdat er zelf enkele hiaten (*cfr. vraagstelling*) in ons onderzoek zaten met betrekking tot het onderzoeken van een eventueel verband tussen eenzaamheid en psychische problemen bij Vlaamse moeders na de geboorte, willen we de suggestie doen om dit nader te onderzoeken voor Vlaamse moeders.

## 8 Besluit

Met deze bachelorproef hoopten we een eerste stap te zetten om eenzaamheid bij moeders uit de taboesfeer te halen en een gezicht te geven. We hebben getracht het thema zoveel als mogelijk te normaliseren, zonder daarbij te minimaliseren. We zijn ervan overtuigd dat eenzaamheid bij moeders vooral op die manier bespreekbaar kan gemaakt worden.

Dit onderzoek leunde op vier onderzoeksvragen waarop we hebben getracht een antwoord te vinden. De probleemstelling, onderzoeksmethodiek en resultaten werden grondig uiteen gezet. Omdat het om een selecte steekproef gaat, kunnen we op basis van de verkregen resultaten geen uitspraken doen voor de volledige populatie van Vlaamse moeders.

Net zoals we in hoofdstuk drie besproken hebben, stelden we binnen ons onderzoek vast dat eenzaamheid niet eenzijdig te definiëren is. Het begrip kan verschillend geïnterpreteerd worden en daarmee ook verschillende vormen aannemen. Dat bleek ook uit de bevraging die we deden bij Vlaamse moeders die lid zijn van moedergroepen op sociale media.

Binnen ons onderzoek stelden we vast dat 74,7% van de bevroegde moeders zich ooit eenzaam heeft gevoeld in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van hun kind(eren). We kunnen hieruit vast stellen dat een groot deel van de bevroegde moeders in deze periode ooit te maken kreeg met gevoelens van eenzaamheid. Echter dienen we bij de interpretatie van deze resultaten rekening te houden met een aantal beperkingen waaronder de geselecteerde doelgroep, de periode waarin het onderzoek plaatsvond en enkele specifieke vraagstellingen binnen het onderzoek. Verder mogen we de resultaten niet veralgemenen naar de volledige Vlaamse populatie van moeders en dienen we er rekening mee te houden dat de periode van nul tot drie jaar een ruim tijdsbestek bevat.

Wanneer we deze resultaten vergelijken met de literatuur, stellen we vast dat er verschillen terug te vinden zijn wat betreft de prevalentiecijfers van eenzaamheid bij moeders in verschillende landen. We beschikken echter over onvoldoende prevalentiecijfers om de prevalentie van eenzaamheid bij Vlaamse moeders te kunnen vergelijken met andere landen. Verder onderzoek kan daarom aangewezen zijn.

Net zoals eenzaamheid verschillende vormen kan aannemen, kent eenzaamheid ook verschillende oorzaken. Uit onze bevraging blijkt dat moeders zich omwille van zeer uiteenlopende oorzaken eenzaam kunnen voelen. We vonden oorzaken terug met betrekking tot fysieke en psycho-emotionele factoren van de moeder, fysieke en psycho-emotionele factoren van het kind, maatschappelijke factoren en tewerkstelling. Ook sociale factoren kunnen een rol spelen. Sommigen hiervan kennen hun oorsprong binnen de partnerrelatie, familierelatie of vriendschappen. Daarnaast kwamen ook emotionele en

praktische ondersteuning aan bod, naast tijdsbesteding en de zorg voor het kind. Tot slot vonden we ook oorzaken terug die hun basis kennen binnen de zorg en professionele hulpverlening, opvoeding of pedagogische visie en bepaalde situationele factoren. Wanneer we naar het lagenmodel van eenzaamheid kijken, kunnen we een aantal van deze oorzaken hierin onderbrengen.

Omwille van de beperkte steekproef, kunnen we stellen dat er binnen de volledige Vlaamse populatie van moeders mogelijks nog andere oorzaken van eenzaamheid bestaan die binnen onze bevraging niet aan bod kwamen. Verder mogen we vanuit de gerapporteerde oorzaken niet concluderen dat deze steeds gekoppeld zijn aan het krijgen van kinderen. Mogelijks spelen ook andere factoren een rol bij het ontstaan van eenzaamheid. Toch stelden we vast dat een aantal oorzaken gekoppeld zijn aan het moederschap en/of het krijgen van kinderen.

Wanneer we de gevonden samenhang tussen eenzaamheid en psychische problemen bij moeders na de geboorte koppelen aan de vooropgestelde hypothese, kunnen we deze hypothese niet bevestigen. We vonden binnen ons onderzoek slechts een zwak verband (Cramér's  $V = 0.24$ ) tussen beide variabelen. Deze bevinding sluit niet aan bij wat we verwacht hadden op basis van de literatuur. Echter dienen we dit resultaat met voorzichtigheid te interpreteren omwille van het feit dat de term "psychische problemen" binnen onze bevraging niet nader gedefinieerd werd. Mogelijks kan er hierdoor een vertekend beeld zijn ontstaan. We besluiten hieruit dat we met onvoldoende zekerheid een uitspraak kunnen doen of er al dan niet een verband te vinden is tussen eenzaamheid en psychische problemen na de geboorte. Verder onderzoek is dan ook aangewezen.

Als laatste stelden we een brochure op met een ruim aanbod aan praktische handvaten en tips die mogelijks een eerste aanzet kunnen bieden ter preventie en aanpak van eenzaamheid bij moeders. De brochure kan in de praktijk gedeeld worden en moeders kunnen hiermee zelf aan de slag gaan. Toch kan professionele begeleiding in een aantal situaties aangewezen zijn.

Net zoals moeders individueel kunnen verschillen, stelden we binnen het onderzoek ook vast dat eenzaamheid bij moeders verschillende vormen kan aannemen en verschillende oorzaken kent. Daarom kan een werkbare aanpak van moeder tot moeder verschillen. Wat voor de ene moeder werkt, werkt daarom niet voor de andere, en omgekeerd.

## 9 Ter afronding

Wellicht meer dan ooit werd eenzaamheid zo'n actueel thema als nu, in de coronaperiode. Mede omwille van de corona-maatregelen lijkt eenzaamheid een actueel gegeven te zijn geworden. Het thema kwam plots in de kijker te staan. Laat ons hopen dat deze periode ook iets positiefs heeft meegebracht. Laat ons hopen dat taboes rond eenzaamheid vanaf nu doorprikt kunnen worden en dat eenzaamheid meer bespreekbaar gemaakt wordt. Dit laatste zowel op individueel als maatschappelijk niveau.

Met onze bachelorproef hopen we dat ook eenzaamheid bij moeders doorprikt kan worden zodat eenzaamheid niet tussen vier muren blijft. Zodat moeders niet tussen vier muren blijven. We hopen dat eenzaamheid op begrip kan rekenen, net zoals moeders op begrip mogen rekenen. We hopen dat eenzaamheid de erkenning krijgt die het verdient, net zoals moeders de erkenning krijgen die ze verdienen.

Met onze bachelorproef en bijhorende brochure hebben we getracht om de stilte rond eenzaamheid bij moeders te doorbreken. We hebben getracht dit thema te normaliseren, zonder het daarbij te minimaliseren. Laten we met z'n allen blijven inzetten op het normaliseren van eenzaamheid, ook bij moeders. Want elke moeder verdient het om gehoord, gezien en omringd te worden. Met deze bachelorproef hopen we daarmee een eerste stap in de goede richting te hebben gezet.



## Referentielijst

- Aartsen, M. & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8, 31-38.
- Action For Children (2017). *It starts with hello. A report looking into the impact of loneliness in children, young people and families* [rapport]. Watford: Action For Children.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor classificatie van psychische stoornissen. DSM 5 (Nederlandse vertaling)*. Boom: uitgeverij Boom.
- Baarda, B. & Van Vianen, R. (2015). *Basisboek statistiek met Excel. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Barger, S. D., Messerli- Bürgy, N. & Barth, J. (2014). Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland: Nationally representative cross sectional study. *BMC Public Health*, 14, 2458-14-273.
- Baumeister, R. & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, A. T., Brown, G. & Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belsky, J. & Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood*. New York: Delacorte Press.
- Belsky, J., Lang, M., & Huston, T. L. (1986). Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 517-522.
- Belsky, J., Lang, M. & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Bergink, V., Rasgon, N. & Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosises: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry*, 173, 1179-1188.
- Bogaerts, A. (2016). *Vroedkunde. Normale baring en kraambed*. Antwerpen: Garant.

- Boomsma, D. I., Cacioppo, J. T., Slagboom, P. E. & Posthuma, D. (2006). Genetic linkage and association analysis for loneliness in Dutch twin and sibling pairs points to a region on chromosome 12Q23-24. *Behavior Genetics*, 36, 137-146.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 325-343.
- Boss, L., Kang, D. H. & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27, 541-553.
- Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brown, S. & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1194-1201.
- Burnout Parental (s.d.). *Instruments and materials*. Geraadpleegd op 26 juni 2020, op <https://www.burnoutparental.com/instruments-and-materials>
- Busby, D. M., Cristensen, C., Grane, D. R. & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 289-308.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: five-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging and social relations study. *Psychology and aging*, 25, 453-463.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21, 140-151.
- Claes, L. (2020a). Kwalitatieve bevraging: online semi-gestructureerde vragenlijst. Gevoelens van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van een kind. Te raadplegen op <https://forms.gle/93tdRwouXLvDhCBKA>

- Claes, L. (2020b). Kwantitatieve bevraging: online gestructureerde vragenlijst. Gevoelens van eenzaamheid bij moeders in de periode van nul tot drie jaar na de geboorte van een kind. Te raadplegen op <https://forms.gle/SqeADgcyJquL9Zwy6>
- Clark, A. E., Diener, E., Georgellis, Y. & Lucas, R. E. (2008). Lags and leads in life satisfaction: a test of the baseline hypothesis. *The Economic Journal*, 118, 222-243.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70, 28-43.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., et al. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451-481.
- Croon, M. & Van der Post, J. (2011). *De grote geboortegids*. Amsterdam: Thoeoris.
- De Beer, P. (2006). Perspectieven voor de laagopgeleiden. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 22, 2018-233.
- De Jong-Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- De Jong-Gierveld, J. & Dykstra, P. A. (2008). Virtue is its own reward? Support-giving in the family and loneliness in middle and old age. *Ageing and Society*, 28, 271-287.
- De Jong-Gierveld, J., Van der Pas, S. & Keating, N. (2015). Loneliness of older immigrant groups in Canada: Effects of ethnic-cultural background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30, 251-268.
- De Jong-Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (1987). The partner as source of social support in problem and nonproblem situations. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2, 191-200.
- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T. & Dykstra, P. A. (2018). *New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation*. Perlman, D. & Vangelisti, A. L. (red.), *The Cambridge handbook of personal relationships (second edition)*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

- Dykstra, P. A. & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1-12.
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. & De Jong-Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness. *Research on Aging*, 27, 725-747.
- Eenzaam.nl (s.d a). *Oorzaken van eenzaamheid*. Geraadpleegd op 12 juli 2020, op <https://www.eenzaam.nl/over-eezaamheid/oorzaken-van-eezaamheid>
- Eenzaam.nl (s.d b). *Soorten eenzaamheid*. Geraadpleegd op 11 juli 2020, op <https://www.eenzaam.nl/over-eezaamheid/soorten-eezaamheid>
- Erozkan, A. (2011). The attachment styles bases of loneliness and depression. *International Journal of Psychology and Counseling*, 3, 186-193.
- Faktor 5 (s.d.). *Eenzaamheidstest*. Geraadpleegd op 15 juli 2020, op <https://faktor5.nl/doe-de-eezaamheidstest/>
- Feldman, S. S., Nash, S. C. & Aschenbrenner, B. G. (1983). Antecedents of fathering. *Child Development*, 54, 1628-1636.
- Fokkema, T., De Jong-Gierveld, J. & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146, 201-228.
- Fokkema, T. & Dykstra, P. A. (2009). *De aanpak van eenzaamheid. Feiten en misverstanden*. Demos (The Hague), 25, 5-8.
- Freedman, V. A., Martin, L. G., Schoeni, R. F. & Cornman, J. C. (2008). Declines in late-life disability: The role of early- and mid-life factors. *Social Science and Medicine*, 66, 1588-1602.
- Gallie, D., Paugam, S. & Jacobs, S. (2003). Unemployment, poverty and social isolation: Is there a vicious circle of social exclusion? *European Societies*, 5, 1-32.
- Gavin, N. I., Meltzer-Brody, S., Glover, J. & Gaynes, B. N. (2015). *Is Population-Based Identification of Perinatal Depression and Anxiety Desirable? In: Milgrom, J. & Gemmill, A. W. (eds.) Identifying Perinatal Depression and anxiety. Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. West Sussex: Wiley Blackwell.

- Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid (s.d.). *Symptomen*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://wolkinmijnhoofd.be/symptomen/>
- Grote, N. K. & Clark, M. S. (2001). Perceiving unfairness in the family: cause or consequence of marital distress? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 281-293.
- Hackel, L. & Ruble, D. N. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 944-957.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 98-105.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A. & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 375-384.
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237.
- Hortulanus, R. (2003). Implementatiebeleid en interventiestrategie. Utrecht: MO-groep.
- Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384, 1775-1788.
- Huston, T. L. & Vangelisti, A. L. (1995). *How parenthood affects marriage*. In M. A. Fitzpatrick & A. L. Vangelisti (Eds.), *Explaining marital interactions* (pp. 147-176). Thousand Oaks: Sage Publications.
- ISALA (2018). *Stemmingsstoornissen na de bevalling*. Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://www.isala.nl/patientenfolders/5396-stemmingsstoornissen-na-bevalling>
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P. & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384, 1789-1799.
- Junttila, N., Ahlqvist-Björkroth, S., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J. & Räihä, H. (2015). Intercorrelations and developmental pathways of mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood – Steps study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 482-488. DOI: 10.1111/sjop.12241
- Karus (s.d.). *Moeder en baby. Interessante links en nieuws*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.karus.be/ons-aanbod/zorgprogrammas/moeder-en-baby/interessante-links-en-nieuws>
- Keasberry, K. (2010). *Posities, rollen en conflicten*. Geraadpleegd op 5 juli 2020, op <https://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal-cultureel/58313-posities-rollen-en-conflicten.html>
- Kind en Gezin (s.d. a). *Babyblues*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/de-eerste-week/babyblues/>
- Kind en Gezin (s.d. b). *Emotioneel welzijn*. Geraadpleegd op 4 juli 2020, op <https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/zwanger/beleving/emotioneel-welzijn/>
- Klein Ikkink, K. & Van Tilburg, T. (1999). Broken ties: Reciprocity and other factors affecting the termination of older adults' relationships. *Social Networks*, 21, 131-146.
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: a review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2, 105-125.

- Kluwer, E. S., Heesink, J. A. M., & Van de Vliert, E. (1996). Marital conflict about the division of household labor and paid work. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 958–969.
- Kluwer, E. S., Heesink, J. A. M., & Van de Vliert, E. (1997). The marital dynamics of conflict over the division of labor. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 635–653.
- Kluwer, E. S., & Johnson, M. D. (2007). Conflict frequency and relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1089–1106.
- Koster, T. & Gesthuizen, M. (2016). Werkloosheid doorstaan? Longitudinale bevindingen over de rol van financiële en sociale hulpbronnen bij het ervaren van psychologische stress door werkloosheid. *Mens en Maatschappij*, 91, 183-210.
- Lachman, M. E. & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763-773
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., et al. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- Lindström, C., Aman, J. & Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100, 1011-1017.
- Lowry, R. (2020). *Chi-square, Cramer's V and Lambda*. Geraadpleegd op 25 juli 2020, op <http://vassarstats.net/newcs.html>
- Lunaigh, C. & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527-539.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.

- Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: does happiness change after major life events? *Current directions in Psychological Science*, 16, 75-79.
- Luoma, I., Korhonen, M., Puura, K. & Salmelin, R. K. (2018). Maternal loneliness: concurrent and longitudinal associations with depressive symptoms and child adjustment. *Journal Psychology, Health & Medicine*, 24, 667-679.
- Luoma, I., Korhonen, M., Salmelin, R. & Tamminen, T. (2015). Mothers' feelings of loneliness: prevalence, risk factors and longitudinal associations with depressive symptoms and child adjustment. *European Psychiatry*, 30, 726.
- MacDermid, S. M., Huston, T. L., & McHale, S. M. (1990). Changes in marriage associated with the transition to parenthood: Individual differences as a function of sex-role attitudes and changes in the division of household labor. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 475-486.
- Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht: Jan van Arkel.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2010). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie.
- Marjoribanks, D., Bradley, A. D. & Sserwanja, I. (2017). You are not alone. The quality of the UK's social relationships. Doncaster: Relate.
- Mayo Clinic Staff (2018). *Postpartum depression*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis systems of psychotherapy (chasp). *Journal of Psychotherapy Integration*, 59, 833-846.
- McGuire, S. & Clifford, J. (2000). Genetic and environmental contributions to loneliness in children. *Psychological Science*, 11, 487-491.
- McLeod Hiser, K. R., Cerepani, M. J. & Cassidy, B. (2017). Evaluating depressive symptomatology, maternal loneliness, and maternal self-esteem in mothers who attend a new moms peer group. *Journal of Pediatric Health Care*, 31, 427-428.



- Mikolajczak, M. & Roskam, I. (2020). *International Investigation of Parental Burnout*. Geraadpleegd op 21 juni 2020, op <https://www.burnoutparental.com/international-consortium>
- Moeder & Baby (2020). *Zorg en expertise voor psychische problemen voor en na de bevalling*. Geraadpleegd op 14 juli 2020, op <https://www.bethanie-emmaus.be/hulp-nodig/vind-de-gepaste-zorg/zorg-en-expertise-voor-psychische-problemen-voor-en-na-de-bevalling>
- Mollenhorst, G., Völker, B. & Flap, H. (2008). Social contexts and personal relationships: the effect of meeting opportunities on similarity for relationships of different strength. *Social Networks*, 30, 60-68.
- Neckebroeck, C., Vanderstraeten, I. & Verhaeghe, M. (2015). *Onderzoeksvaardigheden. Voor onderwijs, zorg en welzijn*. Antwerpen: Uitgeverij De Boeck.
- Nicolaisen, M. & Thorsen, K. (2012). Impairments, mastery, and loneliness: a prospective study of loneliness among older adults. *Norsk Epidemiologi*, 22, 143-150.
- Partena Ziekenfonds (s.d.). Je lichaam na een bevalling. Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://www.partena-ziekenfonds.be/nl/magazine/gezin/je-lichaam-na-een-bevalling>
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J., Deeg, D. J. & Van Eijk, J. T. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11, 151-168.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. In: Duck, S. W. & Gilmour, R. (eds) *Personal relationships 3: personal relationships in disorder*. London: Academic Press.
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1982). *Theoretical approaches to loneliness*. New York: Wiley.
- Petch, J. & Halford, W. K. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28, 1125-1137.
- Postpartum Steun België (s.d.). *PTSS*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://postpartum.eu/about/post-trauma-stress-stoornis/>

- Psychosenet (s.d.). *Kraambedpsychose*. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.psychosenet.nl/psychose/oorzaken-psychose/kraambedpsychose/>
- Psychosenet (2017). *Wat is een postpartum psychose? – Kristiaan Plasmans* [gepubliceerd interview]. Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.youtube.com/watch?v=MoX4wMta0MU&t=30s>
- Raphael, D. (1973). *The tender gift: breastfeeding*. New York: Schocken books.
- Rijks, J. (s.d. a). *Achtergrondartikelen. Eenzaam en net een baby*. Geraadpleegd op 4 juli 2020, op <https://www.eenzaamheid.info/eenzaamheid/achtergrondartikelen/67-eeenzaam-en-net-eeen-baby>
- Rijks, J. (s.d. b). *Sociaal isolement – typologie van Machielse*. Geraadpleegd op 15 juni 2020, op <https://www.eenzaamheid.info/sociaal-isolement-typologie-van-machielse>
- Rijks, J. (s.d. c) *Soorten eenzaamheid*. Geraadpleegd op 11 juli 2020, op <https://www.eenzaamheid.info/eenzaamheid/soorten-eeenzaamheid>
- Rijks, J. (s.d. d). *Soorten eenzaamheid. Sociale eenzaamheid en sociaal isolement*. Geraadpleegd op 15 juni 2020, op <https://www.eenzaamheid.info/eenzaamheid/soorten-eeenzaamheid/sociale-eeenzaamheid-en-sociaal-isolement>
- Rijks, J. (2020a). *Diagnostische eenzaamheidsvragenlijst*. Geraadpleegd op 15 juli 2020, op <https://www.eenzaamheid.info/eenzaamheid/10-zelftest>
- Rijks, J. (2020b). *Discrepantie theorie over eenzaamheid*. Geraadpleegd op 12 juli 2020, op <https://faktor5.nl/discrepantie-theorie-over-eeenzaamheid/>
- RMO (1997). *Vereenzaming in de samenleving*. Rijswijk: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO).
- Rokach, A. & Brock, H. (1996). The causes of loneliness. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 33, 1-11.
- Roskam, I., Raes, M. E. & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00163

- Roskam, I., Brianda, M.L. & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology, 9*, 1-12.
- Roskam, I. (persoonlijke communicatie: mail, 23 juni 2020).
- Rotenberg, K. J. & Hymel, S. (1999). *Childhood and adolescent loneliness: an introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruble, D. N., Fleming, A. S., Hackel, L. S. & Stangor, C. (1988). Changes in the marital relationship during the transition to first time motherhood: effects of violated expectations concerning division of household labor. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 78-87.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality & Social Psychology, 39*, 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*, 290-294.
- Scharf, T., & De Jong-Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing, 5*, 103-115.
- Schieman, S. (2001). Age, education, and the sense of control. *Research on Aging, 23*, 153-178.
- Schoenmakers, E. C., Van Tilburg, T. & Fokkema, T. (2015). Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: How are they related? *European Journal of Ageing, 12*, 153-161.
- Schriemer, M. (2015). *Phi- en Cramers' V toets*. Geraadpleegd op 25 juli 2020, op <https://www.youtube.com/watch?v=dCjpfWoudU>
- Stephoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 593-611.
- TED Institute (2018). *Alexandra Sacks: A new way to think about the transition to motherhood*. Geraadpleegd op 4 juli 2020, op [https://www.ted.com/talks/alexandra\\_sacks\\_a\\_new\\_way\\_to\\_think\\_about\\_the\\_transition\\_to\\_motherhood](https://www.ted.com/talks/alexandra_sacks_a_new_way_to_think_about_the_transition_to_motherhood)

- The American Institute of Stress (s.d.). *The Holmes-Rahe Stress Inventory*. Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory>
- Trauma Stress Release (s.d.). *Wat zijn life-events*. Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://traumastressrelease.com/life-events/>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583.
- UZ Leuven (2020). Lichamelijke aanpassingen na een bevalling. Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://www.uzleuven.be/nl/gynaecologie-en-verloskunde/verloskunde/kraamtijd/lichamelijke-aanpassingen-na-een-bevalling>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102, 1009-1016.
- Van Beuningen, Coumans & Moonen (2018). Het meten van eenzaamheid [paper]. Den Haag: CBS.
- Vandenbroucke, S., Lebrun, J. M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S, et al. (2012). *Oud word je niet alleen. Een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Van der Ploeg, J. (2018). *Eenzaamheid bij jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Hoof, A. (2019). *Eenzaamheid als beweegreden. Op zoek naar een andere benadering van eenzaamheid* [masterproef]. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Van Tilburg, T., Broese van Groenou, M. (2002). Network and health changes among older Dutch adults. *Journal of Social Issues*, 58, 697-713.
- Van Tilburg, T. & De Jong-Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Van Tilburg, T., De Jong-Gierveld, J., Lecchini, L. & Marsiglia, D. (1998). Social integration and loneliness: A comparative study among older adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 740-754.
- Van Tilburg, T. & Klok, J. (2018). Kwetsbaar en eenzaam? (hoofdstuk 2: factoren van eenzaamheid: een literatuuroverzicht). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Van Weddingen, L. (2013). *Mijn baby lacht... nu ik nog!* Antwerpen: Manteau.
- Van Weddingen, L. (2017). *101 vragen van kersverse mama's. Hoe wen je aan je nieuwe leven mét baby.* Tiel: Lannoo.
- Van Weddingen, L. (2018). Postpartum Consulent opleiding [ongepubliceerde cursus]. Keerbergen: Aucado.
- Van Weddingen, L. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 12 maart 2020).
- Van Weddingen, L. (persoonlijke communicatie: mail, 22 juni 2020).
- Verstraten, P. F. J., Brinkmann, W. L. J. H., Stevens, N. L. & Schouten, J. S. A. G. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*, 1282, 317-321.
- Vonk, Van Campen & Van Tilburg (2018). Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J. & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1086-1092.
- Wahl, H. W., Heyl, V., Drapaniotis, P. M., Hörmann, K., Jonas, J. B., Plinkert, P. K., et al. (2013). Severe vision and hearing impairment and successful aging: a multidimensional view. *Gerontologist*, 53, 950-962.
- White, M. B., Stahmann, R. F. & Furrow, J. L. (1994). Shorter may be better: A comparison of the Kansas Marital Satisfaction Scale and the Locke-Wallace Marital Adjustment Test. *Family Perspective*, 28, 53-66.
- Wingen, M., De Jonge, T. & Arts, K. (2012). *De invloed van emotionele gebeurtenissen op geluk en tevredenheid.* Geraadpleegd op 3 juli 2020, op <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/25/de-invloed-van-emotionele-gebeurtenissen-op-geluk-en-tevredenheid>
- Woorden.org (s.d.). *Morbiditeit.* Geraadpleegd op 17 juni 2020, op <https://www.woorden.org/woord/morbiditeit>
- Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31, 1368-1388.

## Referentielijst brochure

Hieronder volgen alle geraadpleegde referenties bij het tot stand komen van de bijgevoegde brochure. Met het oog op het behouden van het overzicht en de netheid in de brochure zelf, werden er in de brochure geen bronvermeldingen gemaakt in de tekst. Wel is er aan het einde van de brochure een lijst terug te vinden van alle professionals die bevroegd werden met betrekking tot het benoemen van tips en oplossingsgerichte handvaten ter preventie en aanpak van eenzaamheid. Daarnaast werden sommige handvaten en oefeningen door onszelf bedacht en haalden we tevens inspiratie uit de responsen van de bevroegde moeders binnen onze kwalitatieve bevroeging.

De tekst van de brochure werd opgesteld door Lee Claes. De vormgeving werd verzorgd door Marjolein Schets. De brochure werd ontworpen aan de hand van de programma's "Adobe Illustrator" en "Adobe Photoshop". De foto's van de brochure zijn afkomstig van de websites [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com) en [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com).

Agentschap Zorg & Gezondheid (2020). *Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg/diensten-voor-gezinszorg-en-aanvullende-thuiszorg>

Bethaniënhuis (2018). *Residentiële behandeling van postpartum problematiek* [ongepubliceerde powerpoint]. Zoersel: Bethanië.

Caers, A. & Leysen, L. (2020). *8-lesserreeks vol inzicht & tips*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://happybabycoach.com/aanbod/workshops/moedergroepen>

Calomme, K. (persoonlijke communicatie: mail, 12 juli 2020).

De Looze, K. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 21 juli 2020).

Duron, K. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 17 juli 2020).

Expertisecentra Kraamzorg (s.d.). *Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <http://www.expertisecentrakraamzorg.be>

Flamang, N. (persoonlijke communicatie: mail, 18 juli 2020).

Geboorte-Informatiecentrum vzw (2020). *Moedergroep*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.geboorte-infocentrum.be/wat-doen-we/moedergroep>

- Groepspraktijk De Wolk (2020). *Na de bevalling*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.vroedvrouwenpraktijkdewolk.be/na-de-bevalling>
- Groothedde Ledoux, C. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 10 juli 2020).
- Huis van het Kind (s.d.). *Activiteiten*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <http://www.huizenvanhetkind.be>
- Inanna goedgeboren (s.d.). *Moedergroep*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <http://goedgeboren.be/cursussen/moedergroep>
- Kind en Gezin (2017). *Brochures en filmpjes. Kraamkaartjes*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.kindengezin.be/brochures-en-filmpjes/brochures>
- Kruijne, J. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 19 juli 2020).
- Kruijne, J. (2020). *Mom-bijeenkomst*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.juliek.be/aanbod.html>
- La Leche League (2020). *Bijeenkomsten*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://lalecheleague.be/bijeenkomsten>
- La Madrugada (2020). *Moedergroep* [ongepubliceerde bron]. Deurne: La Madrugada.
- MamAditi (2020). *Mamameets*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.mamaditi.be/kalender>
- Mouton, N. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 22 juli 2020).
- Netwerk Emotioneel Lichaamswerk (2019). *Ontdek Emotioneel Lichaamswerk*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <http://www.emotioneellichaamswerk.be/over-elw>
- Notebaert, E. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 14 juli 2020).
- Ontspannen Zwanger & Bevallen (s.d.). *Mama-groep* [ongepubliceerde bron]. Brasschaat: Ontspannen Zwanger & Bevallen.
- Peeters, H. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 21 juli 2020).
- Picard, M. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 17 juli 2020).
- Rys, R. (2020). *Mamaplan: zelfzorg voor moeders*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.therapiepraktijk-ici.com/mamaplan>

- Rys, R. (persoonlijke communicatie: mail, 20 juli 2020).
- Segers, L. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 14 juli 2020).
- Studio Pili (2020). *Mama-baby café*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.studiopili.be/mama-baby-cafe>
- Van Van Bogerd, H. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 17 juni 2020).
- Van Parys, A. S. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 20 juli 2020).
- Van Weddingen, L. (2019). *Kabouterstapjes zijn ook stapjes* [Facebookpagina]. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.facebook.com/lievevanweddingencoach/posts/1962359487199413>
- Van Weddingen, L. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 12 maart 2020).
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (2020). *Zoek een vroedvrouw in je buurt*. Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://www.vroedvrouwen.be/zoek-een-vroedvrouw>
- Vlaamse Federatie van Doula's (s.d.). *Voor ouders. Wat is een doula?* Geraadpleegd op 22 juli 2020, op <https://dedoula.be/voor-ouders>
- Wuyts, W. (persoonlijke communicatie: telefonisch interview, 16 juli 2020).



## **Bijlagen**

Alle bijlagen zijn terug te vinden in een extra bijlagenbundel.

