

**Verschillen tussen Vaders en Moeders in hun Troostgedrag tegenover Baby's Tijdens
Vaccinaties**

Manon Lubbers

Studentnummer: s3357635

Afdeling Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

PSB3A-BT15: Bachelor These

Begeleider: prof. dr. Marijn van Dijk

Tweede beoordelaar: Joyce Hoek

In samenwerking met: Frea Hoekstra, Sietske Ijbema, Lotte Jonkers, Eva van Rein en Marijn
van der Sluis.

7 februari 2022

Een scriptie is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de scriptie is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de scriptie is daarom niet per se geschikt als academische bron om naar te verwijzen. Als u meer wilt weten over het in deze scriptie besproken onderzoek en de daarop gebaseerde publicaties waarnaar u zou kunnen verwijzen, neem dan contact op met de genoemde begeleider.

Differences Between Fathers and Mothers in Comforting Behavior towards Babies During Vaccinations

Abstract

Medical procedures are often painful events for babies. Because the baby's feeling during these medical procedures is difficult to interpret, it makes sense for parents to understand how to act during such situations. It is important that babies experience as little pain and pain-related stress as possible during vaccinations, as these can have a large number of harmful consequences in the short and long term. Parental behavior could be a risk factor for the increased distress a child experiences during such a procedure. However, it is unknown whether parental gender plays a role in this. The current study therefore analyzes to what extent the parent's gender influences their comforting behavior in situations when their baby undergoes painful procedures. The observed caregivers ($N=71$) consisted of 50 mothers and 21 fathers. Two measuring instruments were used for the study: the *FLACC* and the *MAISD*. It appears that mothers generally exhibit more coping-promoting behavior than fathers during the vaccination moments of their child. No specific differences were found between fathers and mothers in the type of comforting behavior they used. Behaviors such as rubbing, massaging, petting, and verbal reassurance were most commonly exhibited during comforting. The results show that coping-promoting behavior positively correlates with the infant's procedural distress. Lastly, no significant results were found for an effect of distress-promoting behavior on the infant's procedural distress.

Keywords: Comforting behavior, pain behavior, parent-child interaction, sex differences, vaccinations, procedural pain.

Samenvatting

Medische procedures zijn vaak pijnlijke gebeurtenissen voor baby's. Omdat het gevoel van de baby tijdens deze medische procedures moeilijk te interpreteren is, is het zinvol dat ouders inzicht krijgen in hoe zij het beste kunnen handelen tijdens dergelijke situaties. Het is namelijk belangrijk dat een baby zo min mogelijk pijn en pijngerelateerde stress ervaart tijdens vaccinaties op het consultatiebureau, aangezien deze een groot aantal schadelijke gevolgen kunnen hebben op korte en lange termijn. Het ouderlijk gedrag zou een risicofactor kunnen zijn voor een verhoogde distress bij kinderen bij een dergelijke procedure. Echter, is het onbekend of het ouderlijk geslacht hier een rol bij speelt. In het huidige onderzoek wordt dan ook geanalyseerd in hoeverre het geslacht van de ouder invloed heeft op het troostgedrag ten opzichte van de baby wanneer deze een pijnlijke procedure ondergaat. De geobserveerde verzorgers (N=71) bestonden uit 50 moeders en 21 vaders. Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten: de *FLACC* en de *MAISD*. Het blijkt dat moeders over het algemeen meer copingbevorderend troostgedrag vertonen dan vaders tijdens de vaccinatiemomenten van hun kind. Er zijn daarbij geen specifieke verschillen gevonden tussen vaders en moeders in het soort troostgedrag dat wordt vertoond. Gedragingen zoals wrijven, masseren, aaien en verbaal geruststellen werden het meest vertoond bij het troosten. Uit de resultaten blijkt dat copingbevorderend troostgedrag een positief verband legt met de procedurele distress van de baby. Tot slot zijn er geen significante resultaten gevonden voor een effect van distressbevorderend troostgedrag op de procedurele distress van de baby.

Trefwoorden: Troostgedrag, pijngedrag, ouder-kind interactie, sekseverschillen, vaccinaties, procedurele pijn.

Inhoudsopgave

Abstract	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	7
Ouderlijk troostgedrag wanneer baby's pijngerelateerde stress ervaren	7
Rol van ouderlijk geslacht op de gemoedstoestand van de baby.....	9
Huidig onderzoek.....	11
Methode.....	13
Participanten	13
Materialen	13
Procedure	17
Data-analyse	20
Resultaten	21
H1: De rol van ouderlijk geslacht op troostgedrag	21
H2: Verschil in troostgedrag tussen vaders en moeders	23
H3: Copingbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt procedurele stress van de baby	25
H4: Distressbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt procedurele stress van de baby.....	26
Discussie.....	26

Limitaties	29
Implicaties en vervolgonderzoek	30
Conclusie	31
Referenties	32
Bijlage A.	36

De Rol van Geslacht bij het Troostgedrag van Ouders

Inleiding

Ouderlijk troostgedrag wanneer baby's pijngerelateerde stress ervaren

Medische procedures zijn vaak pijnlijke gebeurtenissen voor jonge kinderen (Brown et al., 2018). Het gedrag van de ouder kan hierbij een rol spelen, zowel op een positieve als negatieve manier. Zo hebben McCarthy en Kleiber (2006) aangetoond dat wanneer een ouder de baby afleidt, dit een positieve invloed heeft op de reactie van de baby. Echter, volgens onderzoek van Brown et al. (2018) zou het ouderlijk gedrag één van de vele risicofactoren kunnen zijn voor een verhoogde distress bij kinderen bij een dergelijke procedure. De Engelse term distress verwijst hierbij naar een gevoel van extreme zorgen, verdriet of pijn (Cambridge University, 2022). Goede coping is wenselijk maar blijkt lastig om verschillende redenen. Baby's kunnen namelijk de ernst van de pijn niet verbaal communiceren (Brown et al., 2018). Daarom is het voor de ouder erg moeilijk om pijn en distress te onderscheiden wanneer de baby overstuurd is. Bovendien hebben jonge kinderen nog geen metacognitieve vaardigheden ontwikkeld om zelf copingstrategieën te gebruiken zodat ze pijnervaringen kunnen matigen (Brown et al., 2018). Omdat het gevoel van de baby tijdens deze medische procedures moeilijk te interpreteren is, is het zinvol dat ouders inzicht krijgen in hoe zij het beste kunnen handelen tijdens dergelijke situaties. Het is namelijk belangrijk dat een baby zo min mogelijk pijn en pijngerelateerde stress ervaart tijdens vaccinaties op het consultatiebureau, aangezien procedurele pijn en angst bij baby's een groot aantal schadelijke gevolgen kunnen hebben op korte en lange termijn (McMurtry, 2013). Vandaar dat er in het huidige onderzoek de rol van het ouderlijk troostgedrag tijdens medische procedures is geanalyseerd, hierbij is er specifiek onderzoek gedaan naar de verschillen in geslacht.

Blount et al. (2008) hebben onderzocht hoe ouders het beste met pijn tijdens medische procedures om kunnen gaan zodat baby's minder distress ervaren. Bij dit onderzoek werd er

gekeken naar acute procedurele distress bij kinderen en de coping- en distressbevorderende gedragingen van zowel hun ouders als het medisch personeel dat aanwezig is in de medische behandelkamer (Blount et al., 2008). Uit de resultaten bleek dat het aanbieden van een voorwerp om mee te spelen, buik-op-buik contact, het aanbieden van een speen of borstvoeding en niet-procedureel praten van de volwassene met het kind een gunstig effect had op de manier waarop het kind met de pijn omging. Er werd een klein significant effect gevonden voor het aaien en wiegen van het kind. Echter, wanneer de ouders zich gingen verontschuldigen, zich inleven of hun baby gingen geruststellen aan de hand van opmerkingen als “het komt goed” of “het is bijna voorbij” bleek dit geen gunstig effect te hebben op de manier waarop de baby met de pijn omging. Het zorgde soms zelfs voor een tegenovergesteld effect, waarbij de baby juist meer pijn leek te ervaren. Ook uit onderzoek van McCarthy en Kleiber (2006) bleek dat afleiden van het kind tijdens medische procedures de beste manier is om distress bij een baby te verlagen.

In een onderzoek van Bustos et al. (2008) is er onderzocht of een korte interventie, die ouderlijke copingbevorderende gesprekken in de behandelkamer aanmoedigt, gunstige effecten heeft op de pijnreacties van baby's tijdens de vaccinaties. De ouders in de interventiegroep ontvingen hierbij een informatieblad waarin drie soorten ouderlijk gedrag werden beschreven die verband hielden met betere pijnresultaten voor baby's. Het ging daarbij om de gedragingen: maken van humoristische opmerkingen, niet-procedureel praten tegen de baby en aan de baby vragen om een copingsstrategie uit te voeren (bijv. “kijk naar papa/mama”). Uit de resultaten bleek dat ouders in de interventieconditie significant meer van deze copingbevorderende uitspraken deden dan ouders in de controleconditie, wat ertoe leidde dat de baby's minder lang huilden dan in de controleconditie.

Uit bovengenoemde onderzoeken blijkt dus dat troostgedrag van een ouder in de vorm van zowel afleiding als copingbevorderende gesprekken de procedurele pijnreactie bij een

baby vermindert (Blount et al., 2008; McCarthy en Kleiber, 2006; Bustos et al., 2008).

Daarentegen leek een baby juist meer pijn te ervaren wanneer de ouder zich ging verontschuldigen of inleven (Blount et al., 2008). Ook het geruststellen van de baby bleek een tegenovergesteld effect te hebben (Blount et al., 2008).

Baby's gaan dus doorgaans mee in het gedrag dat ze observeren bij hun ouders, wat in overeenstemming is met de sociale leertheorie van Bandura. Volgens deze theorie leren mensen namelijk door te kijken naar hoe anderen iets doen en zullen zij dit gedrag vervolgens imiteren (Papalia & Martorell, 2021). Volgens Blount et al. (2018) kon al geconcludeerd worden dat wanneer de ouder veel aandacht schenkt aan de pijn, de baby zich ook meer gaat richten op de pijn. Hierdoor wordt er verondersteld dat wanneer de ouder dus minder gefocust is op de prik, een baby daarin mogelijk zal meegaan, afgeleid zal zijn en vervolgens dus waarschijnlijk minder distress vertonen tijdens een vaccinatie.

Rol van ouderlijk geslacht op de gemoedstoestand van de baby

In de afgelopen decennia is de belangstelling voor vaderlijke betrokkenheid en vaderlijke interactie met kinderen toegenomen (Laflamme et al., 2002). Dit komt door de veranderende rollen van ouders in de geïndustrialiseerde samenleving. Het traditionele gezin waarin de vader de kostwinner is en de moeder thuisblijft voor de verzorging van de kinderen maakt plaats voor een gezin waarin de meeste vrouwen met jonge kinderen aan het werk zijn (Laflamme et al., 2002). Dergelijke sociale veranderingen leiden tot een herdefiniëring van de vaderrol. Onze samenleving verwacht tegenwoordig dat vaders een actieve rol spelen bij hun kinderen (Harris & Morgan, 1991; Marsiglio, 1991; Tamis-LeMonda & Cabrera, 1999). Uit cijfers van het CBS blijkt echter dat deze verdeling tegenwoordig nog steeds vaak redelijk traditioneel is (Brakel et al., 2020). Slechts één op de zes ouders met minderjarige kinderen heeft werk en zorg gelijk verdeeld. Bij de andere gezinnen werkt de vader het meest buitenshuis en neemt de moeder het grootste deel van de zorg voor haar rekening (Brakel et

al., 2020). Het feit dat vaders vaak meer buitenshuis werken dan moeders zou de reden kunnen zijn dat zij minder de zorg voor het kind op zich nemen (Laflamme et al., 2002). Echter, directe observaties van families met een zuigeling toonden aan dat wanneer beide ouders evenveel tijd in huis doorbrengen, alsnog de vader minder zorg verleende dan de moeder (Wille, 1995).

Bij eerdergenoemde onderzoeken is er een verband gevonden tussen het troostgedrag van de ouder en procedurele distress van de baby, maar het is onbekend of het ouderlijk geslacht hier een rol bij speelt. Mogelijk speelt de mate van betrokkenheid van de ouder hier ook een rol bij en vertoont een moeder meer troostgedrag dan een vader. Het onderzoek van Schoppe-Sullivan et al. (2013) heeft aan de hand van zelfrapportagegegevens bij ruim honderd tweoudergezinnen gekeken naar de verschillen in betrokkenheid tussen vaders en moeders op jonge kinderen. Hierbij werd betrokkenheid van vaders en moeders bij socialisatie, didactiek, verzorging en fysiek spel onderzocht. Uit de resultaten bleek dat bij socialisatie, didactiek en verzorging de moeders meer betrokken waren dan de vaders, terwijl dit bij het fysieke spel juist andersom was (Schoppe-Sullivan et al., 2013). In vergelijking met de vaders, deden moeders meer verzorgende activiteiten. Met verzorging wordt onder andere bedoeld het naar bed brengen, voeden, wassen of troosten van het kind. Aan de hand van de bovengenoemde gegevens kan worden verwacht dat moeders over het algemeen meer troostgedrag vertonen bij de vaccinatieprikjes van hun kind dan vaders, aangezien zij meer betrokken zijn bij hun kind wanneer het zorggerelateerde situaties betreft.

Bij een ander onderzoek (Bronstein, 1984) is er een systematische observatie uitgevoerd bij 78 ouder-kind relaties. Hieruit bleek ook dat er verschillen zijn tussen moederlijk en vaderlijk gedrag tegenover het kind. Uit de resultaten bleek namelijk dat vaders speelser en op een meer vriendschappelijke manier omgaan met hun kinderen dan moeders. Dit uit zich onder andere in gehoorzamen, aanmoedigen en speels gedragen. Daarentegen

hadden moeders meer de neiging om zorgzaam te zijn tegenover hun kind (Bronstein, 1984). Moeders ontfermden zich meer over de onmiddellijke fysieke behoeften van het kind, dit uitte zich bijvoorbeeld in het aanbieden van voedsel, bezorgdheid over de veiligheid en zich bezighouden met de fysieke verzorging van het kind. In het kader van het huidige onderzoek, wordt op basis hiervan verwacht dat door de neiging van de moeder om meer zorgzaam gedrag te vertonen tegenover hun kinderen, dat moeders dus ook meer troostgedrag vertonen wanneer hun baby een vaccinatieprik krijgt.

In het onderzoek van Laflamme et al. (2002) werden vaders en moeders van 87 eerstgeborenen gevraagd een aangepaste versie van de Parental Responsibility Scale (McBride & Mills, 1993) in te vullen over ouderlijke verantwoordelijkheid. Daarnaast werden de beide ouders gevraagd zichzelf te filmen tijdens een natuurlijke setting samen met hun baby's van 9 en 15 maanden oud, om de interactie tussen beide te observeren. Het beeldmateriaal diende ervoor om te bepalen hoe lang elke ouder toegankelijk was voor het kind en betrokken was bij directe interactie. Toegankelijkheid verwijst naar de tijd waarin de ouder beschikbaar was voor het kind, al dan niet direct betrokken bij interactie. Directe interactie omvatte één-op-één activiteiten met het kind in drie verschillende categorieën: zorg, spelen en uitstapjes. Zorg werd gedefinieerd als het voorzien van fysieke basisbehoeften: het kind voeden, wassen, aankleden en troosten. Uit de gegevens blijkt dat vaders zich minder beschikbaar opstelden voor interactie met hun baby en minder verzorgend gedrag lieten zien in vergelijking met moeders (Laflamme et al., 2002). Er kan dan ook geconcludeerd worden dat de verzorgende houding van vaders en moeders verschilt van elkaar, zelfs wanneer de vaders minder werkverplichtingen hadden dan de moeder en meer toegankelijk waren tot het kind.

Huidig onderzoek

In het huidige onderzoek wordt geanalyseerd in hoeverre het geslacht van de ouder invloed heeft op het troostgedrag ten opzichte van de baby wanneer deze een pijnlijke procedure ondergaat. In dit onderzoek worden vier hypothesen getoetst. De eerste hypothese luidt als volgt: “Vaders laten minder troostgedrag zien dan moeders”. Hierbij wordt zowel coping- als distressbevorderend troostgedrag bedoeld en deze worden apart getoetst. Er wordt verwacht dat vaders minder troostgedrag vertonen omdat blijkt dat zij over het algemeen minder betrokkenheid laten zien tegenover hun kind in vergelijking met moeders (Schoppe-Sullivan et al., 2013).

Voor de tweede hypothese wordt er op exploratieve wijze onderzocht in hoeverre er een verschil is tussen vaders en moeders in distressbevorderende en copingbevorderende vormen van troostgedrag. Er wordt daarbij verondersteld dat vaders ander troostgedrag laten zien dan moeders tijdens medische procedures. Zo vertoonden vaders over het algemeen speelser gedrag (Bronstein, 1984), waardoor er verwacht wordt dat zij bijvoorbeeld eerder speelgoed zullen aanbieden aan de baby wanneer deze distress ervaart. Moeders vertoonden over het algemeen meer verzorgend gedrag (Laflamme et al., 2002; Bronstein, 1984), vandaar dat zij waarschijnlijk eerder voedsel of een speen zullen aanbieden.

De derde hypothese luidt: “Meer copingbevorderend troostgedrag zorgt voor minder procedurele distress bij de baby”. Dit wordt verondersteld omdat blijkt dat afleiden en het maken van copingbevorderende uitspraken een gunstig effect leken te hebben op het verminderen van de procedurele distress van een baby (Blount et al., 2008; McCarthy en Kleiber, 2006; Bustos et al., 2008).

De vierde, tevens laatste hypothese, luidt: “Distressbevorderend troostgedrag zorgt voor meer procedurele distress bij een baby”. Hier wordt vanuit gegaan omdat blijkt uit onderzoek van Blount et al. (2008) dat verbaal geruststellen en verontschuldigen maken resulteert in meer procedurele distress van een baby.

Methode

Participanten

Tijdens dit onderzoek zijn er 82 baby's samen met een van hun ouders geobserveerd. Minstens één van de ouders van deze baby's was reeds participant van het *TRAILS-Next* onderzoek (TRAILS, 2021). Gedurende het onderzoek zijn er tien participanten verwijderd uit de dataset vanwege missende data, hierbij misten de resultaten op de gebruikte observatieschalen. Daarnaast is er één participant verwijderd in verband met een outlier. Deze participant had over de gehele observatie een maximale score, waardoor het meer dan twee standaarddeviaties buiten het gemiddelde lag. Er is dus uitgegaan van een codeerfout. De uiteindelijke dataset bestond hierdoor uit 71 baby's met ouder. De verzorgers bestonden uit 50 moeders ($M_{leeftijd} = 29,9$ jaar; $SD = 0,84$ maanden) en 21 vaders ($M_{leeftijd} = 29,6$ jaar; $SD = 1,11$ maanden), in leeftijd variërend van 25 tot 31 jaar met een gemiddelde leeftijd van 29,8 jaar. Wat betreft de baby's zijn er in totaal 36 meisjes en 35 jongens geobserveerd. Vanwege de coronapandemie zijn de baby's later gevaccineerd dan op de gebruikelijke leeftijden van 3 en 11 maanden oud, hierdoor waren zij dus iets ouder toen zij de vaccinaties ontvingen. De gemiddelde leeftijd voor het eerste vaccinatiemoment was hierdoor 5,3 maanden en de gemiddelde leeftijd voor het tweede vaccinatiemoment was 13,2 maanden. Er is sprake van een selecte steekproef, want er is namelijk alleen aan participanten van het *TRAILS-Next* onderzoek gevraagd of zij wilden deelnemen aan het vaccinatieonderzoek. Verdere informatie over de participanten wat betreft de woonplaats, het opleidingsniveau en afkomst was niet beschikbaar.

Materialen

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een gemixt onderzoeksdesign. Er is daarbij gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten. Het eerste meetinstrument die gebruikt

werd is de *FLACC* (FLACC; Merkel et al., 1997). De FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability) is een gedragsobservatieschaal en deze meet pijngedrag van een kind (Merkel et al., 1997). Door de gezichtsuitdrukking, de benen, de activiteit, het huilen en de troostbaarheid van het kind te observeren, kon hiermee het pijngedrag van het kind beoordeeld worden. Elke categorie werd per vijf seconden geobserveerd en kreeg hierbij een score van nul tot twee. De scoreverdeling per gedraging staat uitgelegd in Tabel 1. De observatie begon op het moment van de eerste injectie en werd twee minuten na de tweede injectie afgerond. Uiteindelijk zijn de gemiddelde FLACC-scores per baby gebruikt voor de data-analyse.

Verder is de *Measure of Adult and Infant Soothing and Distress* (MAISD; Cohen et al., 2005) gebruikt in het onderzoek. De MAISD is een gedragsobservatieschaal waarbij het troostgedrag van de ouder wordt gemeten tijdens de medische procedures bij hun baby. Bij de ouders werd er geobserveerd voor de volgende gedragingen: wiegen, wrijven, masseren, aaien, speen aanbieden, geven van borstvoeding, kussen, knuffelen, verbaal geruststellen, aanbieden van speelgoed, afleiden en eten aanbieden (voor precieze omschrijvingen zie Tabel 2). Bij deze gedragingen wordt er onderscheid gemaakt tussen copingbevorderend gedrag en distressbevorderend gedrag (Cohen et al., 2005). Onder copingbevorderend gedrag vallen de gedragingen: wiegen, wrijven, masseren, aaien, speen aanbieden, borstvoeding geven, kussen, knuffelen, aanbieden van speelgoed, afleiden en eten aanbieden. Onder distressbevorderend gedrag valt de gedraging verbaal geruststellen. In het huidige onderzoek zijn beide gedragingen geanalyseerd. Tijdens de analyse was het copingbevorderend troostgedrag opgedeeld in de gedragingen ‘afleiden’, ‘wiegen’, ‘speen aanbieden’, ‘kussen’, ‘knuffelen’ en ‘aanbieden van speelgoed’. ‘Wrijven’, ‘masseren’ en ‘aaien’ zijn daarnaast samengevoegd tot één gedraging, aangezien deze erg op elkaar lijken. De gedragingen ‘eten aanbieden’ en ‘aanbieden van borstvoeding’ zijn niet betrokken bij deze analyse aangezien deze zelden

voorkwamen. Alle gedragingen werden per vijf seconden gecodeerd als aanwezig of afwezig.

De observatie startte op het moment van de eerste prik en eindigde bij twee minuten na de tweede prik.

Tijdens het observeren zijn er een aantal andere instrumenten gebruikt, echter zijn deze voor het huidige onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1

FLACC: scoreverdeling per onderdeel

	0	1	2
Gezichtsuitdrukking	Geen specifieke uitdrukking of glimlach	Af en toe een grimas of frons, teruggetrokken, ongeïnteresseerd	Frequente tot constant trillende kin, opeengeklemd kaken
Benenactiviteit	Normale positie of ontspannen	Ongemakkelijk, rusteloos, gespannen	Schoppen of benen opgetrokken
Algemene activiteit	Rustig liggen, normale positie, beweegt gemakkelijk	Verschuiven, heen en weer bewegen, gespannen	Gebogen, stijf of schokkend
Huilen	Niet huilen (wakker of slapend)	Kreunen of jammeren; af en toe klagen	Aanhoudend huilen, schreeuwen of snikken, veel voorkomend klagen
Troostgedrag	Tevreden, ontspannen	Gerustgesteld door af en toe aanrakingen, knuffelen of tegen aangesproken worden, afleidbaar	Moeilijk te troosten

Tabel 2

MAISD: Omschrijvingen van de gedragingen.

Gedraging	Omschrijving
Afleiden	Gedrag dat bedoeld is om het kind af te leiden. Dit kan het gebruik van voorwerpen omvatten (bijvoorbeeld speelgoed laten zien, naar posters wijzen) of juist zonder voorwerpen (bijvoorbeeld grappige gezichten trekken, klappen). ‘Afleiden’ wordt eveneens gecodeerd wanneer het kind niet meegaat in het gedrag van de ouder.
Wiegen	‘Wiegen’ wordt gecodeerd voor iedere wiegende beweging die de ouder maakt. Deze beweging kan de ouder zowel zittend, staand of lopend, met het kind op de arm, uitvoeren.
Speen aanbieden	De ouder biedt de baby een speen aan of stopt deze in de mond van de baby. ‘Speen aanbieden’ wordt eveneens gecodeerd als de baby de speen niet accepteert.
Kussen	De ouder geeft een kus of doet een poging tot kus geven aan het kind.
Knuffelen	De ouder knuffelt het kind. De gedraging ‘knuffelen’ is moeilijk te onderscheiden van het simpelweg vasthouden van het kind, toch is het belangrijk hier onderscheid tussen te maken. Codeer niet ‘knuffelen’ als de ouder het kind gewoon vasthoudt zodat de procedure kan worden uitgevoerd.
Speelgoed aanbieden	De ouder geeft het kind een speelgoedachtig voorwerp (of probeert te geven) in een poging het kind te troosten of af te leiden.
Wrijven/masseren/aaien	De ouder wrijft, masseert of aait hierbij de baby. Lichamelijke bewegingsactiviteiten in een poging om het kind te kalmeren.
Eten aanbieden	Hierbij geeft de ouder een fles, cracker of ander voedsel aan het kind. Codeer ‘eten aanbieden’ eveneens als het kind het eten weigert.
Aanbieden van borstvoeding	Wanneer de moeder het kind probeert te voeden, ongeacht of het kind het accepteert of niet. Blijf coderen van ‘aanbieden van borstvoeding’ zolang de baby borstvoeding krijgt.
Verbaal geruststellen	De ouder maakt geruststellende opmerkingen (bijv. "het is goed", "we zijn bijna klaar) of klanken ("oohh", "jaa jaa", "heey", "shhh"). De toon van de stem is geruststellend.

Procedure

Het huidige onderzoek maakt deel uit van het *Feel-it* vaccinatieproject (Rosmalen, 2019). Bij dit *Feel-it* project wordt bestudeerd hoe individuele verschillen in symptoomgevoeligheid al vroeg in het leven kunnen ontstaan. Om gevoeligheid voor lichamelijke klachten te onderzoeken bij heel jonge kinderen, wordt de reactie op een pijnprikkel onderzocht. Een vaccinatiemoment is een pijnprikkel en vandaar dat Rosmalen (2019) ervoor heeft gekozen om dit vaccinatiemoment te gebruiken voor onderzoek.

De oorsprong van dit alles ligt bij *TRAILS* (Tracking Adolescents' Individual Lives Survey), wat een grootschalig onderzoek is naar de ontwikkeling van lichamelijke en geestelijke gezondheid (Oldehinkel et al., 2015). Hierbij zijn meer dan 2700 jongeren vanaf ongeveer hun elfde levensjaar al ruim twintig jaar gevolgd door ze elke twee á 3 jaar te onderzoeken. De ouder van de baby (of diens partner), in het huidige onderzoek is participant van het *TRAILS Next*. *TRAILS Next* is een aanvullend onderzoek op het bestaande *TRAILS* en richt zich op *TRAILS*-deelnemers die in de komende 10 jaar ouders worden of reeds zijn. Het biedt daarmee een unieke kans om zowel de jonge kinderen van *TRAILS* deelnemers als de *TRAILS* deelnemers in hun rol als ouders te volgen (Rosmalen, 2021).

De participanten hebben voorafgaand aan het huidige onderzoek een toestemmingsverklaring ondertekend van *TRAILS*, waarbij zij ook informatie ontvingen over de studie. Deze informatie betrof aspecten zoals het vertrouwelijk behandelen van de gegevens door de onderzoekers en dat deelname geheel vrijwillig was. Daarnaast gaven de participanten geïnformeerde toestemming voor deelname aan het onderzoek. Het onderzoek voldeed aan de Europese AVG-normen en aan de Nederlandse nationale ethische normen voor onderzoek met proefpersonen. De Medische Ethische Toetsingscommissie (METc - NL47782.042.14) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) heeft ethische

goedkeuring gegeven voor dit onderzoek. De Ethische Commissie Psychologie (ECP) neemt deze goedkeuring over.

Nadat de ouder toestemming had gegeven, konden zij deelnemen aan het *Feel-it*-project. In dit project werden deze ouders en hun kinderen tijdens de vaccinaties geobserveerd. Het betreft de reguliere vaccinaties van drie en elf maanden. De vaccinaties vonden plaats op het eigen consultatiebureau. Hierbij was een onderzoeker van *TRAILS* aanwezig die ervoor zorgde dat er twee camera's werden geïnstalleerd; een camera legde de gehele situatie vast en de andere camera legde het gezicht van de ouder vast. Ook heeft de ouder voor en na de vaccinatie enkele vragen beantwoord over de mate van last dat het kind had tijdens de vaccinatie. Deze vragenlijsten waren echter niet relevant voor de huidige hypothesen.

Vervolgens werden de video's gecodeerd door psychologiestudenten van de Rijksuniversiteit Groningen. Zij hebben hiervoor een codeertraining gevolgd. Alle video's werden gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Observer XT (Noldus, 2010). De observatie werd opgedeeld in vier fasen. Het begin van de observatie tot aan het moment dat de verpleegkundige de injectie pakt, werd gekenmerkt als fase 1. Fase 2 startte bij het pakken van de injectie door de verpleegkundige. Wanneer de eerste injectie werd gezet, startte fase 3 en het zetten van de tweede prik tot 120 seconden daarna werd beschouwd als fase 4. In het huidige onderzoek is er gekeken naar de data voor fase 3 en fase 4 aangezien dit de momenten omvat waarop een baby de meeste distress ervaart. Om berekeningen uit te voeren met de data die uit de coderingen is ontstaan, werd het aantal keer dat een specifieke troostgedraging voorkwam gedeeld door het aantal tijdsintervallen. Hiermee ontstond er een unieke score voor iedere participant per specifieke troostgedraging. De score voor het copingbevorderend troostgedrag per participant is berekend door het totaal aantal geobserveerde copingbevorderende gedragingen (afleiden, wiegen, speen aanbieden, kussen, knuffelen,

aanbieden van speelgoed en wrijven/masseren/aaien bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal tijdsintervallen. De score voor het distressbevorderend troostgedrag bestond slechts uit één gedraging waardoor geen verdere berekening nodig was. Voor het pijngedrag van de baby werd voor iedere baby een gemiddelde FLACC-score berekend en gebruikt voor de berekeningen in de data-analyse. Per baby werden alle FLACC-scores gedeeld door het aantal tijdsintervallen, waardoor er een gemiddelde FLACC-score ontstond. De gedragingen van de ouder en de gedragingen van de bijbehorende baby werd beide door een andere student gecodeerd, waardoor de observaties zo objectief mogelijk werden.

Aan de hand van dubbele coderingen kon de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend worden voor beide meetinstrumenten. Hiervoor zijn er in totaal 41 video's dubbel gecodeerd voor de MAISD en 40 voor de FLACC. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kon berekend worden door het percentage van overeenstemming te bepalen. Hierbij zijn de overeenkomstige coderingen bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal tijdsintervallen. De mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars, en dus de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, is berekend door hier uiteindelijk het gemiddelde van te berekenen. Het gemiddelde percentage van overeenkomst tussen twee beoordelaars voor het FLACC-meetinstrument bleek 75%, met als minimum 23,8 % en als maximum 100% (zie Tabel 3). Daarnaast was het percentage van overeenkomst tussen twee beoordelaars voor de MAISD 91,48%, met 61,11% als minimum en 100% als maximum (Zie Tabel 3). Voor beide meetinstrumenten was er sprake van een tolerantie van 10 seconden. Dit betekent dat er sprake is van een overeenstemmende beoordeling wanneer er overlap is tussen de beoordelaars binnen tien seconden en dus 2 tijdsintervallen. Voor de FLACC is er een marge aangehouden van 0,4. Dit betekent dat twee coderingen nog als overeenstemmend worden beoordeeld als de index score voor en bepaalde tijdsinterval minder of gelijk aan 0,4 verschilde.

Tabel 3

Gemiddeld percentage van overeenkomst tussen beoordelaarparen

Instrument (Fase 3+4)	Aantal paren	Aantal overeenkomstige coderingen		Aantal verschillende coderingen		Percentage van overeenkomst tussen beoordelaarparen	
		gemiddelde	bereik	gemiddelde	bereik	gemiddelde	bereik
MAISD	41	23,87	11-36	2,23	0-11	91,18	61,11-
Tolerantie 10 sec							100,00
FLACC Index	40	18,84	5-28	6,55	0-24	74,55	23,80-
score							100,00
Tolerantie 10 sec							
Marge 0,40							

Data-analyse

De analyse van de data, die vanuit de observaties is verkregen, is uitgevoerd aan de hand van het softwareprogramma SPSS. Aan de hand van de data zijn er meerdere hypothesen getoetst. De eerste hypothese (H1) luidde: “Vaders laten minder troostgedrag zien”. Met geslacht als onafhankelijke variabele en troostgedrag als afhankelijke variabele. Om dit te toetsen is er gebruik gemaakt van een tweezijdige onafhankelijke t-toets met een alpha van 0,95. Er is hierbij onderscheid gemaakt tussen twee verschillende troostgedragingen: copingbevorderend gedrag en distressbevorderend gedrag. De tweede hypothese (H2) luidde: “Vaders vertonen ander troostgedrag dan moeders tegenover hun baby tijdens medische procedures”. Hierbij is er gebruik gemaakt van meerdere onafhankelijke t-toetsen, waarbij het geslacht telkens de onafhankelijke variabele was en de verschillende, specifieke

troostgedragingen waren de afhankelijke variabelen. Ten derde is er getoetst of het copingbevorderend troostgedrag van de ouder effect heeft op de procedurele distress van de baby. Daarbij hoort de volgende hypothese (H3): “Copingbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt minder procedurele distress bij de baby”. Het copingbevorderend troostgedrag gold als onafhankelijke variabele en procedurele distress gold als afhankelijke variabele. Om deze hypothese te testen is er gebruik gemaakt van een lineaire regressie analyse. Als laatste is er getoetst of het distressbevorderend troostgedrag van de ouder een voorspeller is voor procedurele distress van de baby, waarvoor de hypothese (H4) luidde: “Distressbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt meer procedurele distress bij de baby”. Het distressbevorderende troostgedrag gold als onafhankelijke variabele en procedurele distress gold als afhankelijke variabele. Hierbij is er eveneens gebruik gemaakt van een lineaire regressie analyse. Voordat de lineaire regressies (H3 en H4) uitgevoerd konden worden, is er eerst gekeken naar de beschrijvende statistieken en zijn de assumpties voor lineaire regressie gecontroleerd.

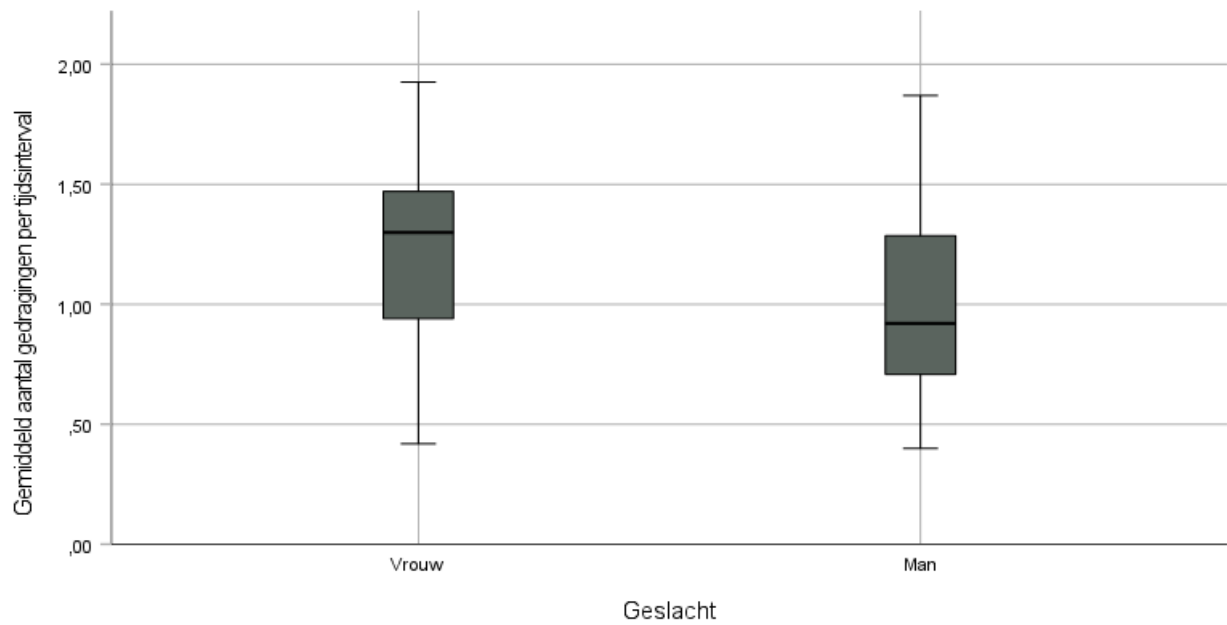
Resultaten.

H1: De rol van ouderlijk geslacht op troostgedrag

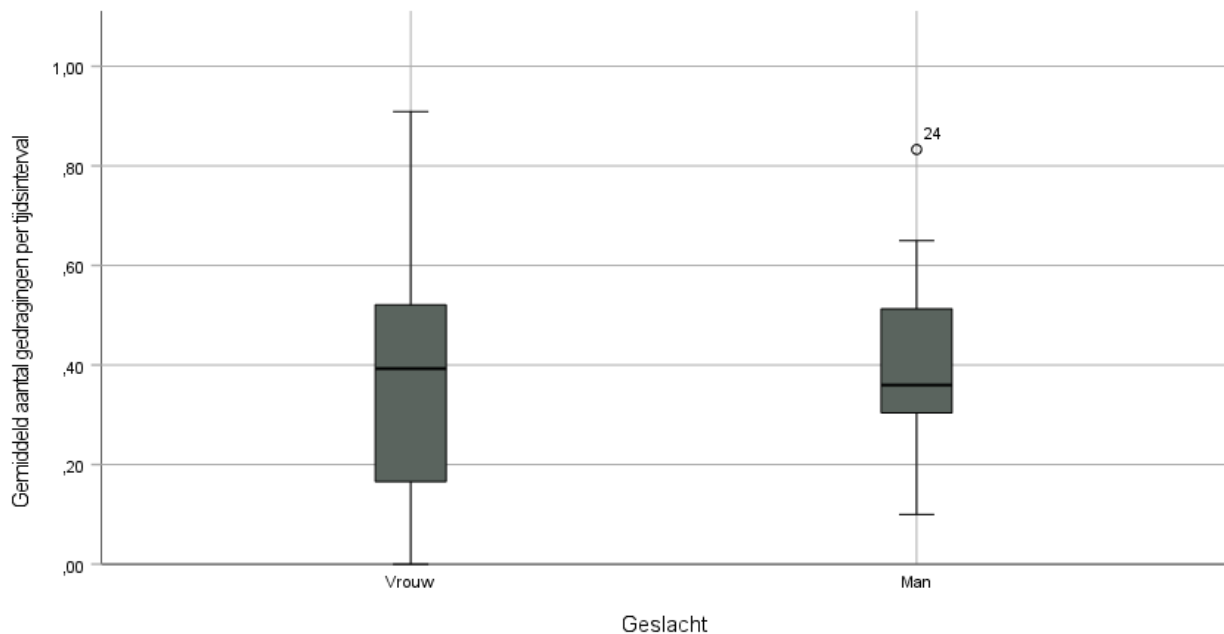
Er zijn twee onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om de rol van het ouderlijk geslacht op het troostgedrag te meten. Uit de resultaten van de t-toets bleek dat het gemiddelde copingbevorderend troostgedrag van de moeders ($M = 1,216$; $SD = 0,397$) hoger was dan die van de vaders ($M = 0,972$; $SD = 0,377$) (Figuur 4). Dit verschil was significant: $t(69) = 2,399$, $p = 0,019$. De resultaten van de tweede t-toets toonden aan dat het distressbevorderend troostgedrag van de moeders ($M = 0,356$; $SD = 0,238$) daarentegen lager leken dan die van de vaders ($M = 0,402$; $SD = 0,185$). Dit verschil was echter niet significant: $t(69) = -0,780$, $p = 0,438$. De resultaten worden weergegeven in Figuur 5.

Figuur 4

Gemiddelde waarden voor copingbevorderend gedrag met verschil tussen vaders en moeders

**Figuur 5**

Gemiddelde waarden voor distressbevorderend gedrag met verschil tussen vaders en moeders



H2: Verschil in troostgedrag tussen vaders en moeders

Vervolgens is H2 onderzocht; “Vaders vertonen ander troostgedrag dan moeders tegenover hun baby tijdens medische procedures”. Om de verschillen tussen vaders en moeders te onderzoeken is er gebruik gemaakt van meerdere t-toetsen. Zoals te zien in Tabel 6 is er voor geen enkele gedraging een significant verschil gevonden tussen vaders en moeders; alle $p > 0,00625$. Voor het bepalen van het significantieniveau is er een Bonferroni correctie toegepast. Hierdoor werd het significantieniveau aangepast tot de waarde $0,00625$ ($0,05/8$). Het lijkt dat vaders, in vergelijking met moeders, vaker troostgedrag vertonen in de vorm van afleiden, verbaal geruststellen en het aanbieden van speelgoed. Echter, zijn deze verschillen niet significant. De grootste verschillen in troostgedrag tussen vaders en moeders lijkt te bestaan bij de gedragingen “kussen”, “knuffelen” en “wiegen”, waarbij moeders dit gemiddeld vaker vertonen dan vaders, maar deze verschillen bleken ook niet significant ($p = 0,09$; $0,087$; $0,11$). Het viel op dat de gedragingen ‘wrijven/masseren/aaien’ en ‘verbaal geruststellen’ door zowel de vaders als de moeders het meest vertoond werden. De

gedragingen ‘speen aanbieden’, ‘object aanbieden’ en ‘afleiden’ werd het minst vertoond door zowel vaders als moeders.

Tabel 6

Resultaten onafhankelijke t-toetsen voor de verschillende gedragingen

Gedragingen	Moeders		Vaders		t- waarde	p- waarde
	M	SD	M	SD		
Afleiden	0,052	0,091	0,060	0,11	-0,32	0,75
Speelgoed aanbieden	0,017	0,42	0,018	0,033	-0,045	0,96
Speen aanbieden	0,066	0,11	0,048	0,15	0,56	0,58
Wrijven/masseren/a aien	0,37	0,28	0,36	0,31	0,14	0,89
Kussen	0,14	0,14	0,08	0,14	1,72	0,090
Knuffelen	0,26	0,20	0,17	0,17	1,73	0,087
Wiegen	0,29	0,26	0,16	0,21	1,62	0,11
Verbaal geruststellen	0,36	0,24	0,40	0,18	-0,78	0,44

Figuur 1

Gemiddelde waarden voor de verschillende troostgedragingen van de MAISD



H3: Copingbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt procedurele stress van de baby

H3 luidt als volgt: “Meer copingbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt minder procedurele stress van de baby”. Voor het uitvoeren van deze analyse is er een assumptie check uitgevoerd. Als eerste is er sprake van een willekeurige steekproef. Vervolgens is er gecontroleerd of er sprake is van lineariteit tussen de variabelen. In de scatterplot in Figuur 2 is te zien dat er een lineair verband is tussen de twee variabelen. Daarnaast is er gecheckt voor multicollineariteit en exogeniteit. Met een VIF waarde van 1 is er geen sprake van multicollineariteit. Als laatste is er gecontroleerd of er sprake was van homoscedasticiteit en zoals te zien in Figuur 3, was dit inderdaad het geval. Er is dus aan alle assumpties voldaan en hiermee zijn de uitkomsten van de analyse geldig. Uit de resultaten van de lineaire regressie bleek dat 6,3% van de variantie in procedurele stress van een baby kon worden verklaard door het copingbevorderend troostgedrag van de ouder. De regressiecoëfficiënt was met een waarde van 0,24 positief en deze was significant ($t(69) = 2,15; p = 0,035$). De enkelvoudige regressie met procedurele stress van de baby als

afhankelijke variabele en copingbevorderend troostgedrag van de ouder als verklarende variabele bevat een significant verklarende variabele, $F(1,69) = 4,623$, $p = 0,035$.

H4: Distressbevorderend troostgedrag van de ouder voorspelt procedurele stress van de baby

Tot slot is er gekeken naar het distressbevorderend gedrag als voorspeller op het pijngedrag van de baby. Voorafgaand aan deze analyse is wederom een assumptiecheck uitgevoerd. In de scatterplot in Figuur 4 is te zien dat er een klein lineair verband is tussen de twee variabelen. Daarnaast is er gecheckt voor multicollineariteit en exogeniteit. Met een VIF waarde van 1 is er geen sprake van multicollineariteit. Als laatste is er gecontroleerd voor homoscedasticiteit en hier was inderdaad sprake van (Figuur 5). Er is dus aan alle assumpties voldaan en hiermee zijn de uitkomsten van de analyse geldig. Uit de resultaten van de lineaire regressie bleek dat 1.1% van de variantie in procedurele stress van een baby kon worden verklaard door het distressbevorderend troostgedrag van de ouder. De regressiecoëfficiënt van distressbevorderend troostgedrag was met een waarde van 0,182 positief en niet significant, $F(1,69) = 0,769$, $p = 0,384$.

Discussie

Er is aan de hand van vier hypothesen onderzoek gedaan naar de verschillen in troostgedrag tussen vaders en moeders wanneer hun baby procedurele distress ervaart. Uit de resultaten van de eerste t-toets, waarbij er getoetst werd voor verschil tussen vaders en moeders in de hoeveelheid copingbevorderend troostgedrag die ze vertonen, blijkt dat het geslacht van de ouder invloed heeft op het copingbevorderend troostgedrag. Een vader vertoont namelijk gemiddeld genomen enigszins minder copingbevorderend troostgedrag tegenover zijn baby dan een moeder. Deze resultaten sluiten aan op verschillende andere onderzoeken. Zo blijkt uit onderzoek van Laflamme et al. (2002) en Bronstein (1984) dat

moeders over het algemeen meer zorgzaam gedrag vertonen tegenover hun baby dan dat vaders dit doen. Daarnaast blijkt dat moeders meer betrokken zijn bij hun kinderen, waarbij dit voornamelijk voorkomt in zorggerelateerde situaties (Schoppe-Sullivan et al., 2013).

Betrokkenheid bij zorggerelateerde situaties, het vertonen van zorgzaam gedrag en troostgedrag zijn allen gedragingen die verband houden met empathie. Volgens Hoffman (1977) lijken vrouwen inderdaad meer empathisch te zijn dan mannen. Dit zou dus kunnen betekenen dat moeders meer troostgedrag vertonen omdat zij meer empathisch lijken te zijn.

Er lijken minimale verschillen in het soort troostgedrag te zijn tussen vaders en moeders. Deze minimale verschillen zijn niet significant ($p > 0,05$), waardoor het evengoed op toeval kan berusten. Het zou dus kunnen dat moeders gemiddeld genomen meer troostgedrag vertonen dan vaders (H1), maar dat er geen verschillen zijn in het soort troostgedrag (H2). Wat opviel, was dat de gedragingen ‘wrijven/masseren/aaien’ en ‘verbaal geruststellen’ door zowel de vaders als de moeders het meest werd vertoond tijdens het troosten van de baby. Daarnaast werden de gedragingen ‘spenen aanbieden’, ‘object aanbieden’ en ‘afleiden’ juist het minst vertoond door de ouder. Op basis van de literatuur werd verwacht dat moeders vaker een speen zouden aanbieden (Laflamme et al., 2002; Bronstein, 1984) en dat vaders meer spelenderwijs zouden troosten (Bronstein, 1984), bijvoorbeeld in de vorm van een object aanbieden. Vaders en moeders boden nagenoeg even vaak een object of speen aan, waardoor dit niet in overeenstemming is met de verwachting. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de onderzoeken naar ouder-kind interacties van Bronstein (1984) en Laflamme et al. (2002) niet zijn uitgevoerd tijdens medische procedures. Het is aannemelijk dat ouders zich tijdens de medische procedures van hun kind anders gedragen dan normaal, aangezien zij op zulke momenten psychische distress kunnen ervaren (Brown et al., 2018). Doordat zij zich in dergelijke situaties mogelijk anders gedragen, komen de resultaten niet overeen met de literatuur.

Vervolgens is er onderzocht of meer copingbevorderend troostgedrag zorgt voor minder procedurele stress bij de baby. Bij het toetsen van deze hypothese is er een effect gevonden; 6,3% van de variantie in procedurele stress van een baby kon worden verklaard door het copingbevorderend troostgedrag van de ouder. Echter, de regressiecoëfficiënt duidt op een positief verband terwijl deze negatief werd verondersteld. Vandaar dat de hypothese alsnog wordt verworpen. Uit het onderzoek van Bustos et al. (2008) bleek dat het copingbevorderend gedrag van de ouder zorgt voor minder procedurele stress van de baby. Zij (Bustos et al., 2008) hebben daarbij getoetst voor de copingbevorderende gedragingen 'maken van humoristische opmerkingen', 'niet-procedureel praten' en 'vragen aan baby om copingstrategie uit te voeren'. Er is in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van de MAISD-observatieschaal en deze schaal observeert andere copingbevorderende gedragingen dan bovengenoemde. Het bleek dat de gedragingen 'wrijven/masseren/aaien' en 'verbaal geruststellen' het meest werd vertoond tijdens het troosten in het huidige onderzoek. Mogelijk maakt het verschil welke specifieke copingbevorderende troostgedragingen er worden gemaakt door de ouder en zorgen verschillende copingbevorderende troostgedragingen voor een ander effect. Daarnaast zou, volgens McCarthy en Kleiber (2006), voornamelijk de copingbevorderende gedraging 'afleiden' zorgen voor minder procedurele distress van de baby. Echter, het afleiden van de baby is weinig geobserveerd in het huidige onderzoek, dit zou dus ook een verklaring kunnen zijn voor het non-resultaat. Een verklaring voor het positieve effect zou kunnen zijn dat er juist meer troostgedrag wordt vertoond door de ouder wanneer een baby meer procedurele distress vertoont en wanneer een baby dus minder procedurele distress vertoont, de ouder ook minder troost. In dat geval betekent het dus dat er sprake is van een omgekeerd effect. Dit zou in vervolgonderzoek getoetst moeten worden.

Als laatste is er aan de hand van een lineaire regressie analyse onderzocht of distressbevorderend troostgedrag zorgt voor meer procedurele distress van een baby. De

regressiecoëfficiënt van distressbevorderend troostgedrag was positief, maar niet significant waardoor deze hypothese wordt verworpen. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat 35 van de 71 geobserveerde baby's gemiddeld genomen 5,3 maanden oud waren. Echter, het taalbegrip van baby's begint zich pas rond de leeftijd van 7 maanden te ontwikkelen (Van Beemen & Beckerman, 2018). Aangezien het taalbegrip bij ongeveer de helft van de geobserveerde baby's nog niet was ontwikkeld, konden de baby's de verbale geruststellingen niet interpreteren en is dit mogelijk een verklaring voor het niet-significante resultaat. Wellicht wordt er dus wel een significant resultaat gevonden wanneer er expliciet onderzoek wordt gedaan bij de baby's die hun tweede vaccinatiemoment ondergaan en dus vaak al taalbegrip hebben ontwikkeld. Bij het onderzoek van Blount et al. (2008) was er namelijk wel een significant resultaat gevonden. De leeftijd van de baby's varieerde in dat onderzoek tussen de 1,6 en 20,6 maanden. Mogelijk hebben de baby's met een leeftijd van ongeveer 20,6 maanden oud een grote bijdrage gehad aan het significante resultaat, aangezien zij een goed taalbegrip hebben.

Limitaties

Er lijken minimale verschillen in het soort troostgedrag te zijn tussen vaders en moeders. Om met meer zekerheid hier conclusies uit te trekken zouden er meer vaders geobserveerd moeten worden, aangezien de huidige steekproef slechts twintig vaders omvatte. Meerdere observaties wil niet gelijk zeggen dat het zorgt voor een significant effect, maar met een grotere steekproef is er wel sprake van een grotere power. Met een grotere power kan er met meer zekerheid een conclusie worden getrokken over de verschillen in troostgedrag tussen vaders en moeders.

Uit onderzoeken van Blount et al. (2008) en Bustos et al. (2008) bleek dat een aantal gedragingen een gunstig effect hadden op de manier waarop het kind met de pijn omging. De

gedragingen ‘buik-op-buik contact’, ‘niet-procedureel praten’, ‘maken van humoristische opmerkingen’ en ‘vragen aan baby om copingsstrategie uit te voeren’ zijn niet geobserveerd tijdens het huidige onderzoek terwijl het in vorige onderzoeken wel een gunstige uitkomst bood. Mogelijk valt ‘niet-procedureel praten’ onder ‘afleiden’, maar ‘niet-procedureel praten’ is een meer specifieke gedragsomschrijving. Wanneer er ook wordt geobserveerd voor de genoemde gedragingen, zal dit mogelijk kunnen zorgen voor een gewenst, negatief, verband tussen copingbevorderend troostgedrag en procedurele distress van de baby.

Implicaties en vervolgonderzoek

Bij het huidige onderzoek was er sprake van een hoge ecologische validiteit, aangezien de participanten zich bevonden in een natuurlijke setting op het eigen consultatiebureau. De externe validiteit zou verbeterd kunnen worden aangezien er voor de huidige hypotheses alleen informatie over het ouderlijk geslacht verkregen moet worden en er moet geobserveerd worden voor de FLACC en de MAISD observatieschalen. Verdere informatie is niet vereist waardoor er dus ook participanten kunnen deelnemen aan het onderzoek waarvan de ouder niet deelnemer is aan het TRAILS-Next onderzoek.

Het is belangrijk dat de gevonden resultaten worden gedeeld met ouders en consultatiebureaus, aangezien procedurele pijn en angst bij baby's een groot aantal schadelijke gevolgen kunnen hebben op korte en lange termijn (McMurtry, 2013). Het zou erg gunstig zijn om in de toekomst gebruik te maken van interventies. Het is in het bijzonder belangrijk om vaders hierover te informeren, aangezien uit de resultaten blijkt dat zij over het algemeen minder troostgedrag vertonen. Tijdens deze interventies kan de ouder bewust gemaakt worden van de mogelijke schadelijke gevolgen en daarnaast is het de bedoeling dat de ouders worden aangemoedigd om copingbevorderende uitspraken te doen in de behandelkamer. Bovendien kan er tijdens deze interventie ook geïnformeerd worden over het

feit dat afleiden van de baby een gunstig effect heeft op de procedurele pijn die de baby ervaart (McCarthy en Kleiber, 2006), zodat er in de toekomst hopelijk meer gebruik wordt gemaakt van deze troostgedraging.

Ook zou er onderzocht kunnen worden of meer procedurele distress van de baby eventueel een voorspeller is voor een toename in troosten van de ouder. Ten slotte zou het distressbevorderend troostgedrag slechts geobserveerd moeten worden op het tweede vaccinatiemoment, aangezien de baby's op dat moment pas het taalbegrip hebben ontwikkeld en distressbevorderend troostgedrag bestaat uit verbale geruststelling.

Conclusie

Het blijkt dat moeders over het algemeen meer copingbevorderend troostgedrag vertonen dan vaders tijdens de vaccinatiemomenten van hun kind. Er zijn daarbij geen specifieke verschillen gevonden tussen vaders en moeders in het soort troostgedrag dat wordt vertoond. Het was wel opvallend dat gedragingen zoals wrijven, masseren, aaien en verbaal geruststellen door zowel de vaders als moeders het meest vertoond werden. Uit de resultaten blijkt dat copingbevorderend troostgedrag een positief verband legt met de procedurele distress van de baby. Tot slot zijn er geen significante resultaten gevonden voor een effect van distressbevorderend troostgedrag op de procedurele distress van de baby.

Referenties

- Blount, R. L., Devine, K. A., Cheng, P. S., Simons, L. E., & Hayutin, L. (2008). The impact of adult behaviors and vocalizations on infant distress during immunizations. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(10), 1163–1174. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn030>
- Brakel, M. van den et al. (2020). *Emancipatiemonitor 2020: Wie zorgt er voor de kinderen?*. Geraadpleegd op 3 februari 2022 via <https://digitaal.scp.nl/emancipatiemonitor2020/wie-zorgt-er-voor-de-kinderen>.
- Bronstein, P. (1984). Differences in mothers' and fathers' behaviors toward children: A cross-cultural comparison. *Developmental Psychology, 20*(6), 995–1003. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.20.6.995>
- Brown, E. A., De Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2018). Review of a parent's influence on pediatric procedural distress and Recovery. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*(2), 224–245. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0252-3>
- Bustos, T., Jaaniste, T., Salmon, K., & Champion, G. D. (2008). Evaluation of a brief parent intervention teaching coping-promoting behavior for the infant immunization context. *Behavior Modification, 32*(4), 450–467. <https://doi.org/10.1177/0145445507309031>
- Cambridge University. (2022). *Distress definition*. Geraadpleegd op 18 januari 2022, van <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/distress>
- Cohen, L. L., Bernard, R. S., McClelland, C. B., & MacLaren, J. E. (2005). Assessing medical room behavior during infants' painful procedures: The measure of adult and infant soothing and distress (MAISD). *Children's Health Care, 34*(2), 81–94. https://doi.org/10.1207/s15326888chc3402_1

Harris, K. M., & Morgan, S. P. (1991). Fathers, sons, and daughters: Differential paternal involvement in parenting. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 531–544.

Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84(4), 712–722. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.712>

Laflamme, D., Pomerleau, A., & Malcuit, G. (2002). A comparison of fathers' and mothers' involvement in childcare and stimulation behaviors during free-play with their infants at 9 and 15 months. *Sex Roles*, 47, 507–518.

Marsiglio, W. (1991). Paternal engagement activities with minor children. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 973, 986.

McBride, B. A., & Mills, G. (1993). A comparison of mother and father involvement with their preschool age children. *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 457–477.

McCarthy, A. M., & Kleiber, C. (2006). A conceptual model of factors influencing children's responses to a painful procedure when parents are distraction coaches. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 8898.

McMurtry, C. M. (2013). Pediatric needle procedures: Parent–child interactions, child fear, and evidence-based treatment. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(1), 75–79. <https://doi.org/10.1037/a0031206>

Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293+
<https://link.gale.com/apps/doc/A19556571/ITOF?u=groning&sid=bookmarkITOF&xid=5ccfd14c>

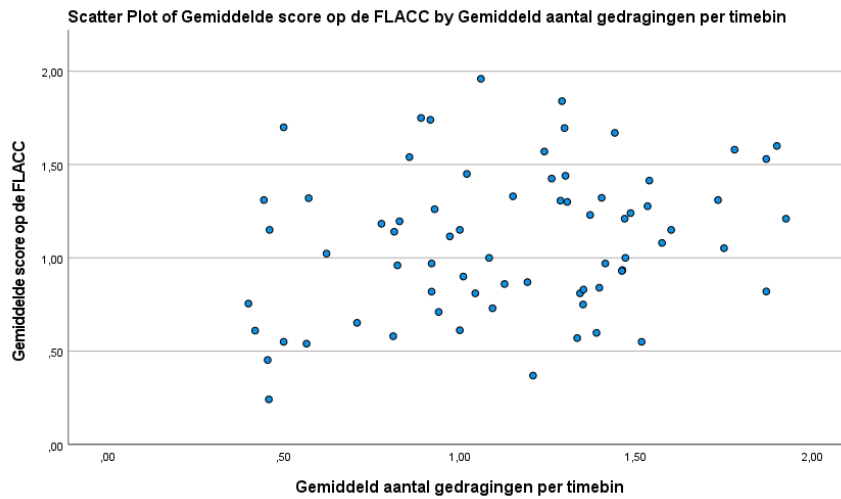
- Oldehinkel, A. J., Rosmalen, J. G., Buitelaar, J. K., Hoek, H. W., Ormel, J., Raven, D., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Hartman, C. A. (2015). Cohort profile update: The TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS). *International journal of epidemiology*, *44*(1), 76–76n.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyu225>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *Experience human development*. McGraw-Hill Education.
- Rosmalen, J. (2019). To feel or not to feel: How social interactions shape symptom proneness' NWO Vici-proposal
- Rosmalen (2021). De vaccinatiestudie. *Trails Magazine April 2021*, 12-13.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Kotila, L. E., Jia, R., Lang, S. N., & Bower, D. J. (2013). Comparisons of levels and predictors of mothers' and fathers' engagement with their preschool-aged children. *Early Child Development and Care*, *183*(3-4), 498–514.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711596>
- Tamis-LeMonda, C. S., & Cabrera, N. (1999). Perspectives on father involvement: Research and policy. *Social Policy Report*, *XIII*
- TRAILS. (2021, 8 juni.). *TRAILS Next*. Geraadpleegd op 3 februari 2022, van <https://www.trails.nl/hoofdmenu/deelnemers/next-generation> (2), pp. 1–26. A publication of the Society for Research in Child Development.
- Van Beemen, L., & Beckerman, M. (2018). *Ontwikkelingspsychologie* (6e ed.). Noordhoff.

Wille, D. E. (1995). The 1990s: Gender differences in parenting roles. *Sex Roles*, 33, 803
817.

Bijlage A.

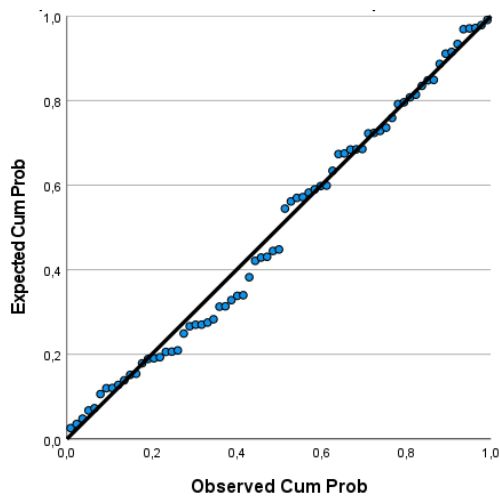
Figuur 2

Scatterplot copingbevorderend gedrag en pijnscores



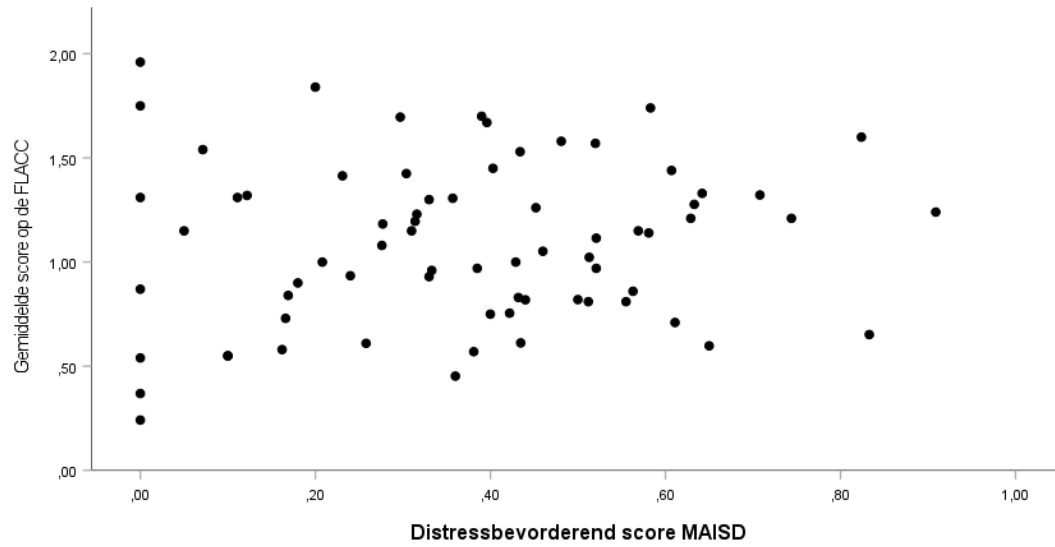
Figuur 3

Normal P-P plot voor controleren op homoscedasticiteit



Figuur 4

Scatterplot distressbevorderend gedrag en pijnscores



Figuur 5

Normal P-P plot voor controleren op homoscedasticiteit

