



INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

**BUIKKRAMPEN BIJ 0-6MAANDERS:
kwalitatief onderzoek bij Kind en Gezin**

Eva De Smet

**Promotor: Prof. Hilde Bastiaens
Co-promotor: Dr. Liesbet Vergauwen**

**Verhandeling voorgedragen tot
het behalen van de graad van
ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg**

11 juni 2020

Dankwoord

Deze masterproef is er gekomen dankzij de ondersteuning van verschillende personen.

Als eerste dank ik mijn promotor, Prof. Dr. Hilde Bastiaens, die mij tijdens deze masterproef begeleid heeft en extra tips en inzichten gegeven heeft. Aan de hand van rechtstreekse uitleg en artikels heeft ze mij wegwijs gemaakt in de wereld van het kwalitatief onderzoek.

Daarnaast wil ik Dr. Liesbet Vergauwen, mijn co-promotor bedanken voor de praktische hulp bij het contacteren van de verpleegkundigen van Kind en Gezin en het helpen zoeken naar andere opties toen er initieel weinig respons kwam. Ook wil ik haar bedanken voor de hulp bij het inhoudelijk schrijven van deze masterproef.

Daarnaast wil ik mijn partner, kinderen en ouders bedanken voor het geduld en de tijd die ze me gaven om te werken aan deze masterproef en op die manier mijn opleiding te kunnen afronden.

Inhoud

1. Voorwoord	5
2. Inleiding	5
a. Kadering	5
b. Literatuuronderzoek	5
i. Zoekstrategie	5
ii. Samenvatting van de gevonden informatie	8
I Wat is huilen?	8
II Wat is het onderscheid met buikkrampen? Is er een onderscheid met huilen om andere redenen?	9
III Zijn er mogelijkheden om deze buikkrampen te behandelen?	10
III Welke invloed hebben buikkrampen bij zuigelingen op de ouders?	11
c. Finale onderzoeksvraag voor het veldonderzoek	12
3. Methodologie	13
a. Studieopzet	13
b. Ethische commissie	13
c. Data protectie	13
d. Doelpopulatie	13
e. Rekrutering	14
f. Dataverzameling	15
g. Analyseplan	15
4. Resultaten	16
a. Algemeen	16
b. Codeboom	17
i. Steun	18
I Van wie?	18
a. Partner	18
b. Hulpverleners	18
c. Familie	19
II Wat?	19
a. Praktische hulp	19
b. Luisterend oor	20
ii. Invloed	20
I Op moeder	20

a.	Draagkracht	20
b.	Psychische klachten	21
c.	Fysieke klachten	22
II	Op het gezin	22
a.	Partnerrelatie	22
b.	Sociaal leven	22
iii.	Buikkrampen	23
I	Symptomen	23
a.	Huilen	23
b.	Buikkrampen	23
II	Diagnostiek	24
a.	Via hulpverleners	24
b.	Herkenning bij leeftijdsgenoten	24
iv.	Aanpak	25
I	Conservatieve aanpak	25
II	Medicamenteuze aanpak	25
III	Voeding	25
5.	Discussie	26
a.	Bespreking van de resultaten	26
b.	Vergelijking met bestaande literatuur	26
c.	Kritische reflectie over het eigen werk	30
i.	Sterktes	30
ii.	Beperkingen	30
d.	Relevantie voor de jeugdgezondheidszorg	31
e.	Aanbevelingen voor verder onderzoek/naar de jeugdgezondheidszorg.	31
6.	Besluit	32
7.	Samenvatting	33
8.	Referentielijst	34
9.	Bijlagen	37
a.	Bijlage 1. Literatuurstudie	37
b.	Bijlage 2. Ethische Commissie	40
c.	Bijlage 3. Informed Consent	43
d.	Bijlage 4. Script interviews	44
e.	Bijlage 5. Resultaten interviews	46

1. Voorwoord

Ik heb voor het onderwerp buikkrampen bij pasgeborenen gekozen omdat ik merk dat dit een probleem is waar ik, zowel als jeugdarts, maar ook als huisarts, als moeder en als vriendin mee in aanraking kom. Ik merk dat iedereen op andere manieren op zoek gaat naar opties om met deze buikkrampen om te gaan. Met dit onderzoek wil ik nagaan hoe ouders, het hebben van een kind met buikkrampen, ervaren en er mee omgaan.

2. Inleiding

a. Kadering

Enkele ouders merken dat hun pasgeborene tijdens de eerste levensmaanden vaak huilt. Niet alle ouders ervaren dit huilen op dezelfde manier en hoe ze hiermee omgaan kan verschillen. Sommige ouders benoemen het vele huilen bij hun kind als overmatig huilen. Terwijl andere ouders het benoemen als buikkrampen omdat ze de indruk hebben dat hun kind ook last heeft van de buik.

Huilen is een fysiologisch verschijnsel. Zuigelingen gebruiken huilen als een communicatiemiddel. In de literatuur zoek ik naar een antwoord op twee grote onderzoeksvragen:

- Wat is huilen?
 - o Wat is het onderscheid met buikkrampen? Is er een onderscheid met huilen om andere redenen?
- Zijn er mogelijkheden om buikkrampen bij zuigelingen te behandelen? Welke?
- Welke invloed hebben buikkrampen bij zuigeling op de ouders?

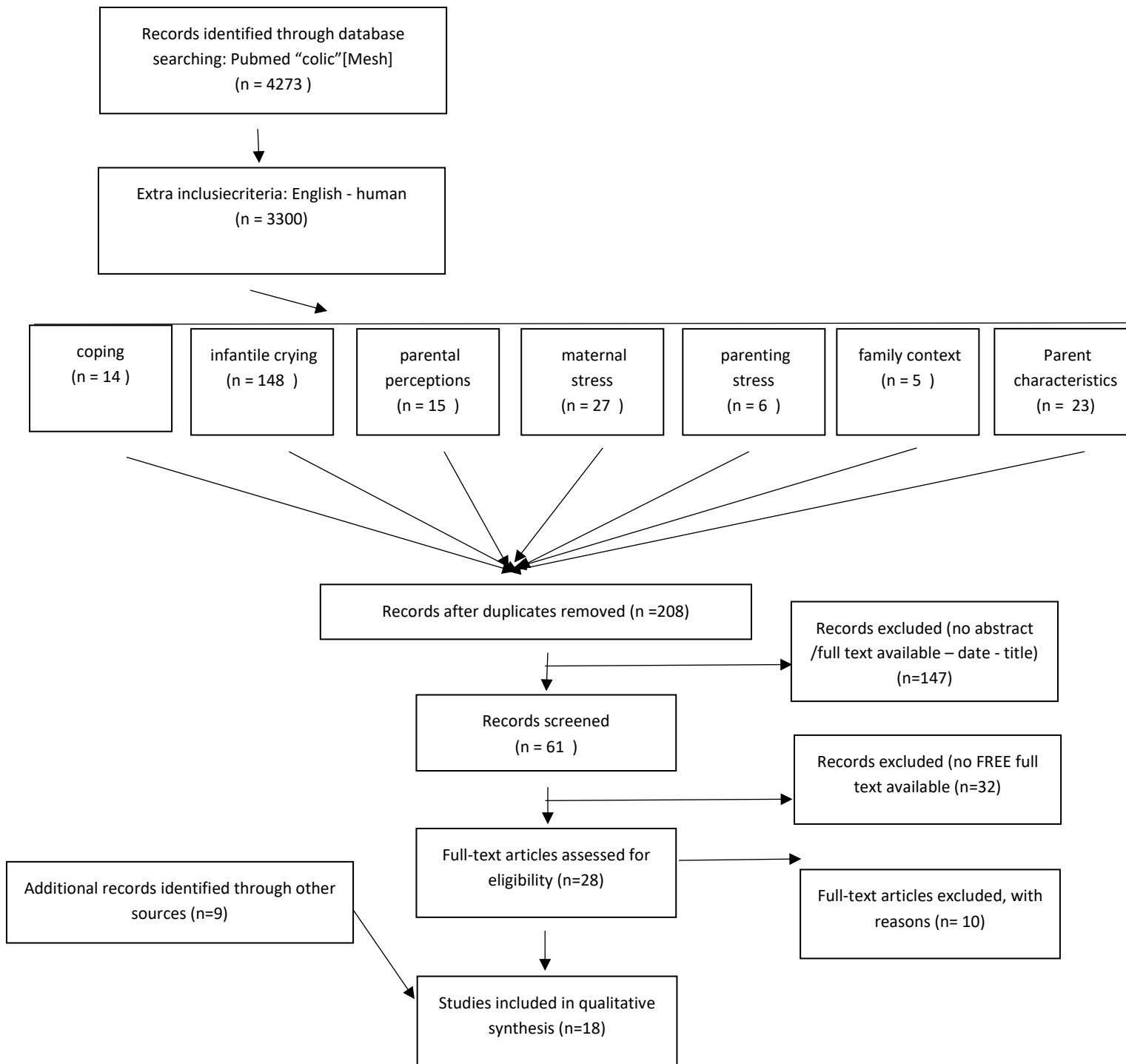
b. Literatuuronderzoek

i. *Zoekstrategie*

Voor de eerste twee vragen ben ik op zoek gegaan naar algemene reviews in verband met huilen en buikkrampen (colic). Bij dit onderzoek heb ik me minder laten beperken door het jaartal van de artikels, omdat ik op zoek was naar algemene informatie. Hiervoor heb ik ook informatie gevonden in de Nederlandse literatuur, zoals Kind en Gezin¹ en Nederlandse Centrum Jeugdgezondheidszorg².

Voor de derde vraag ben ik gericht te werk gegaan. In eerste instantie ben ik door middel van een literatuurstudie nagegaan of en wat er al onderzocht is over buikkrampen bij zuigelingen. Ik richtte mij vooral op onderzoek dat zich niet op behandeling of diagnostiek focust, maar wel kijkt naar welke invloed dit heeft op de ouders, hoe zij omgaan met de buikkrampen en deze periode doorstaan. Ik heb hiervoor gebruik gemaakt van Pubmed. Ik maakte gebruik van de MESH term colic en van 2 inclusiecriteria, namelijk *english* en *human*. Pubmed gaf 4273 artikels met de zoekterm "colic" [Mesh], zelfs na toevoeging van de criteria *english* en *human* bleven er nog 3300 artikels over. Omdat deze artikels nog geen gericht antwoord op mijn vraag gaven, heb ik er enkele extra zoektermen aan toegevoegd. Hiervoor gebruikte ik verschillende zoektermen zoals infantile colic, infantile crying, colic in combinatie met parental perceptions, maternal stress, parenting stress, coping, family context en parent characteristics. Deze zoektermen apart, elk in combinatie met "colic"[Mesh], zorgden samen voor 238 artikels. Ik heb geen strengere selectiecriteria gebruikt, omdat er bij bepaalde combinaties maar een beperkt aantal artikels te vinden waren. (Figuur 1. Prisma Flowdiagram)

Na het verwijderen van de duplicaten bleven er nog 208 over. Hiervan heb ik 147 artikels niet weerhouden omdat er geen abstract of geen volledige tekst beschikbaar was, of omdat de titel toonde dat het artikel niet over de onderzoeksvraag ging, of omdat er een recenter artikel was met een gelijkaardig onderwerp. Daarna ben ik van de 61 overblijvende artikels nagegaan of hun artikel een antwoord gaf op mijn onderzoeksvraag. Van 32 artikels bleek er enkel een volledige tekst beschikbaar indien er betaald werd. Hierdoor heb ik nog enkele artikels moeten weglaten. Op basis van deze weggelaten artikels heb ik wel gerelateerde artikels gezocht, waarvan de tekst wel volledig beschikbaar was. Zo heb ik nog 9 artikels gevonden. Dit gaf me in totaal 18 bruikbare artikels. (Bijlage 1. Literatuurstudie) (Figuur 1. Prisma flowdiagram)

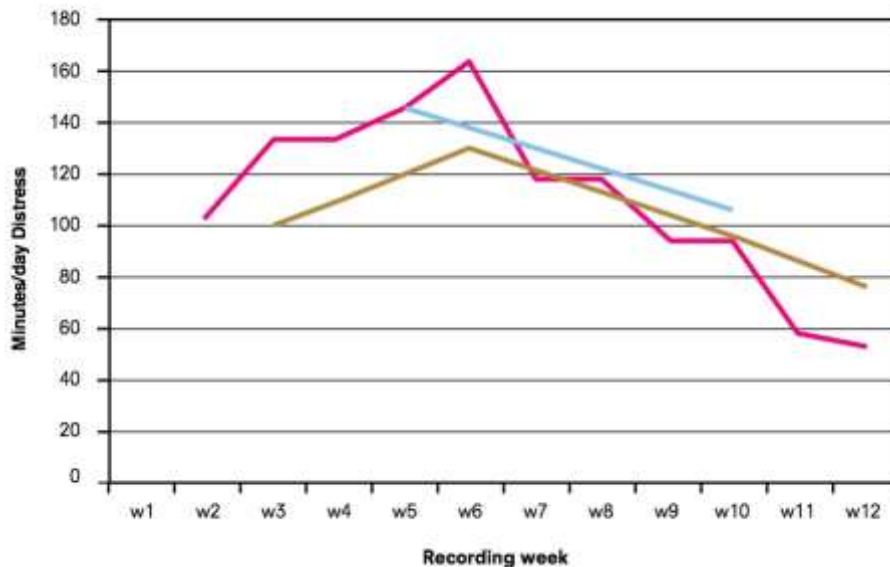


Figuur 1. Prisma flowdiagram

ii. *Samenvatting van de gevonden informatie*

I *Wat is huilen?*

Alle zuigelingen huilen. Huilen is fysiologisch. Het wordt gebruikt als communicatiemiddel door zuigelingen om te tonen dat ze honger hebben, moe zijn of nabijheid willen. Meestal vindt huilen geconcentreerd plaats, de *huiluur*tjes.^{1,2,3} Een groot deel van deze huiluur tjes vindt plaats tijdens de late namiddag en de avonduren (tussen 16 uur en 22 uur). De gemiddelde duur van het huilen verschilt volgens de leeftijd. Zo huilen de meeste baby's kort na de geboorte één tot anderhalf uur per dag. Rond de leeftijd van zes weken bereikt het huilgedrag een piek. Baby's kunnen dan twee tot tweeënhalf uur per dag huilen. Het huilen vermindert spontaan tot gemiddeld anderhalf uur per dag na de derde maand. Vanaf de leeftijd van drie maanden komende huilepisodes minder vaak voor en huilen de baby's minder. Vooral 's nachts huilt een baby dan minder.^{1,2} (Figuur 2 Huilpatroon)



Figuur 2: Huilpatroon NCJ (2013)²

De gekleurde lijnen tonen de resultaten van drie verschillende onderzoeken.

De daling van het aantal huiluren heeft verschillende redenen. Enerzijds heeft het kind een grotere capaciteit om met huilen te stoppen en kan het beter omgaan met de omgeving (zelfregulatie). Anderzijds wordt het kind 's nachts minder frequent gevoed en leert de baby door te slapen. Gedurende het verdere eerste levensjaar blijft het huilpatroon dan stabiel.¹ Dit verloop in de tijd is een universeel verschijnsel en noemt men de rijpingscurve. De eigenlijke huilduur kan verschillen van kind tot kind.³ De rijping van de hersenen bepaalt de capaciteit om het huilen zelf te stoppen. Tijdens de zwangerschap wordt het zenuwstelsel (centraal en

perifeer) aangelegd. Een verdere uitrijping gebeurt na de geboorte, zoals door de myelinisatie van de zenuwbundels. Boodschappen en signalen uitgaande van het lichaam en/of de omgeving worden door deze myelinisatie doorgegeven en verwerkt op een andere manier dan onmiddellijk na de geboorte. Zoals bij andere patronen (voeding, slapen en dus ook huilen) is er daardoor een evolutie in het gedrag en krijgen deze een dag-en-nachtritme. Het huilen krijgt een eigen persoonlijke tint en de oorzaak is nu ruimer en kan het gevolg zijn van pijn, van honger of van vermoeidheid bijvoorbeeld.¹

Sommige zuigelingen huilen meer. In 1954 bepaalde Wessel de strikte definitie voor overmatige huilen, waar vandaag nog vaak naar verwezen wordt.⁴ Deze definitie spreekt van een huilbaby als een zuigeling meer dan 3 uur per dag, meer dan 3 dagen per week en ten minste 3 weken na elkaar huilt, bij een overigens gezond kind. Deze definitie gaat enkel uit van het huilgedrag van het kind, zonder aandacht voor de draagkracht en de perceptie van de ouders. Sommige hulpverleners maken gebruik van deze definitie van Wessel voor het stellen van de diagnose, terwijl andere hulpverleners gebruik maken van meer subjectieve criteria.⁴

Hierbij houdt men rekening met de draagkracht van de ouders, en beschouwt men een baby als een huilbaby als de ouders het huilen als overmatig ervaren. Hierbij speelt de voorgeschiedenis van de ouders een rol, zoals het voorloop van de zwangerschap en de bevalling, de sociaal-economische status en stress.¹

II *Wat is het onderscheid met buikkrampen? Is er een onderscheid met huilen om andere redenen?*

De termen excessief huilen en koliekbaby worden vaak door elkaar gebruikt.¹ In de literatuur wordt vaak de term *infant colic* gebruikt. Kolieken of buikkrampen zijn gedragingen die vaak voorkomen bij kinderen. Het belangrijkste kenmerk hiervan is het overmatig huilen.⁶ Daarnaast ziet men bij kinderen met buikkrampen dat ze hun benen optrekken en vuistjes maken. Deze gedragingen doen vermoeden dat er ook abdominale last is.

Kaley (2011) beschreef dat er in de literatuur geen eenduidige definitie is van buikkrampen.⁶ Sommigen baseren zich in de literatuur louter op de criteria van Wessel⁴ of de Rome IV criteria⁵ terwijl anderen zeggen dat er naast het huilen nog andere symptomen zijn om van buikkrampen te kunnen spreken. De Rome IV criteria stellen dat een kind met buikkrampen, een kind is dat jonger dan 5 maanden is wanneer de symptomen beginnen en stoppen, waarbij

het kind last heeft van langdurige en terugkerende periodes van huilen en ontroostbaar zijn en van geïrriteerd zijn, zonder dat er een duidelijke reden is. Deze symptomen kunnen niet opgelost of voorkomen worden door de verzorgers. Er is geen evidentie voor koorts, ziekte of failure to thrive. Daarnaast duurt het huilen 3 of meer uur per dag, gedurende 3 of meer dagen na elkaar.⁵

In deze masterproef kies ik ervoor om mij te richten op ouders van kinderen die huilen, met daarnaast ook kenmerken van buikkrampen.

III Zijn er mogelijkheden om deze buikkrampen te behandelen?

Kolieken komt bij ongeveer 10-30% van de kinderen voor.¹ In deze eerste 6 maanden na de geboorte zijn de ouders volop aan het wennen aan hun kindje. Ze zijn vaak al moe door de vele zorg die hun pasgeboren kind vraagt. Als daarbovenop dan ook nog blijkt dat hun kind niet enkel een huiluurtje heeft, maar ook last heeft van buikkrampen, dan is dit een periode die veel vraagt van de ouders.⁸ Momenteel is er weinig evidentie over de oorzaak en de aanpak van de buikkrampen. Er zijn al veel onderzoeken gebeurd naar de oorzaken en de behandelingen van de buikkrampen, maar zonder eenduidigheid.⁹ Het is zeker dat de voeding een rol kan spelen. In de eerste levensmaanden neemt een zuigeling erg grote volumes voeding in. De symptomen verbeteren als de voeding frequenter maar in kleinere hoeveelheden wordt gegeven.

Daarom is het belangrijk om te voeden op vraag, een baby kan zelf aangeven als hij honger heeft.¹ Voeding die onvoldoende voldoet aan de noden van een zuigeling kan ook een rol spelen.⁹ Maar zelfs na het oppuntstellen van de voeding en het voedingspatroon kunnen er nog buikkrampen voorkomen. Wat wel vaststaat is dat het geen invloed heeft om borstvoeding vroegtijdig te stoppen en te veranderen naar kunstvoeding, want zowel borst- als kunstgevoede kinderen hebben even vaak buikkrampen.¹ Een andere link die soms gelegd wordt, is met een intolerantie voor bepaalde types melk. Zo kan het veranderen naar een hydrolysaat melk of naar een koemelkeiwitvrije melk verbetering geven. Ook al is men zeker dat er voor de buikkrampen die bij de overgrote meerderheid van de kinderen voorkomen geen onderliggende oorzaak kan en moet gevonden worden, toch moet men er op bedacht zijn dat er bij 5 à 10% van de kinderen toch meer aan de hand kan zijn.¹ Hulpverleners hebben de taak om deze kleine groep kinderen te identificeren. Mogelijke onderliggende medische problematieken zijn infecties, problemen van het centraal zenuwstelsel, maag-

darmproblemen, zoals gastro-oesofageale reflux of voedingsproblemen. Deze kinderen kunnen gevonden worden door een grondig onderzoek, bestaande uit een anamnese en een klinisch en ontwikkelingsonderzoek, waarbij er ook naar de groei gekeken wordt en naar de huilparameters.¹ Bij hen kan een behandeling zeer belangrijk zijn en kan het de klachten verbeteren.²

Ondanks dat de buikkrampen bij het merendeel van de kinderen geen uiting is van een onderliggende medische problematiek, gaan ouders wel op zoek naar manieren om hun kind te helpen, om zo deze periode beter te overbruggen. Als hulpverleners is het belangrijk om de ouders te begeleiden en hen te helpen met adviezen om om te gaan met de buikkrampen.⁷

IV Welke invloed hebben buikkrampen bij de zuigeling op de ouders?

In de literatuur werd er nagegaan wat de gevolgen zijn van een kind met buikkrampen op de ouders. Ontroostbaar huilen is een belangrijke stressor voor de ouders en kan het ouderschap verstoren.¹⁰ Ten gevolge van het huilen door de buikkrampen ervaren de moeders meer psychologische belasting, angsten en depressieve gevoelens en gevoelens van minderwaardigheid. Het is minder belangrijk om te kijken naar de duur van het huilen, dan naar de mogelijkheid van de moeder om er mee om te gaan en haar kind te kalmeren.¹¹ De combinatie van een kind met buikkrampen en depressieve gevoelens bij de moeder kan leiden tot problemen bij het gezinsfunctioneren. Moeders zien dit als een verlieservaring. Ze verliezen het kind dat ze verwacht hadden en gaan door een rouwproces bij het zoeken naar hun baby en hun rol als moeder. Ouders ervaren ook meer huwelijks spanning.^{11,12}

Onderzoek leert dat er een associatie is tussen huilen ten gevolge buikkrampen en stress- en andere ervaringen tijdens de zwangerschap en bevalling enerzijds en met een onzekere hechtingsstijl anderzijds.^{12,13} Uit onderzoek blijkt dat zowel vaders als moeders van kinderen die overmatig huilen door buikkrampen, minder empathische vermogens hebben en een minder optimale interactie en communicatie met hun kind en tussen de ouders onderling.⁶ Toch ziet men dat het hebben van een steunende partner in deze buikkrampenperiode een verschil maakt. Vooral een gelukkig relatie tussen de ouders, meer nog dan enkel steun bij het zorgen voor de pasgeborene, werkt beschermend tegen buikkrampen, ook als de moeder depressieve klachten ervaart.^{12,14}

Neu et al.(2003) zagen dat kinderen met buikkrampen meer moeite hebben met hun emotionele regulatie dan andere kinderen.¹⁵ Moeders van kinderen met buikkrampen scoorden hun kinderen hoger op scorelijsten om het temperament te bepalen. Deze kinderen scoren binnen de normale waardes voor gedrag en emotionele capaciteiten, maar wel hoger dan kinderen zonder buikkrampen.¹⁵ Miller-Loncar et al. (2004) bemerkten dat een subgroep van de kinderen met buikkrampen voedingsproblemen, zoals onaangepaste voedingsgewoontes, meer discomfort na het drinken en minder aangepaste interacties tijdens het voeden, hebben.¹⁶ Sommige kinderen hebben ook last van gastro-oesofageale reflux.¹⁶

Raiha et al. (1996) vonden duidelijke verschillen in het gezinsfunctioneren bij gezinnen met koliekkinderen op de leeftijd van 1 jaar.¹⁷ Na 3 jaar waren er geen verschillen meer te vinden.⁷ Sommige ouders geloven wel dat de familiale relaties blijvend aangetast zijn, en dan voornamelijk de communicatie en de onderlinge steun tussen de partners.¹⁸

De ouders gaan zelf op verschillende manieren op zoek naar een diagnose en een behandeling. Vele pogingen falen, wat kan leiden tot ontgoocheling.¹⁹ Daarom moet de hulpverlening reeds vroegtijdig aandacht hebben voor deze zoektocht. Het is belangrijk dat artsen en andere hulpverleners hierbij voldoende ondersteund en gecounseld worden.¹² De aanpak van de buikkrampen loopt beter als deze zich niet enkel op de fysieke klachten van het kind maar ook op het gezin zelf richt.¹⁷ De ondersteuning van de hulpverleners heeft de grootste gunstige invloed. Zo kunnen frequente huisbezoeken en gesprekken met de ouders het stressniveau bij de ouders verlagen.¹⁹ Ook programma's die ouders informeren over een normaal huilpatroon en over effectieve methodes om kinderen comfort te geven, dragen bij tot het welbevinden.¹⁰ Behandelingen die rekening houden met de psychische noden van de moeder dragen bij tot optimalere uitkomsten.²⁰

c. Finale onderzoeksvraag voor het veldonderzoek

In de literatuur valt het op dat het hebben van een zuigeling met buikkrampen erg belastend kan zijn voor de ouders. Ouders ervaren vaker psychische stress.⁸ Ouders gaan op verschillende manieren op zoek naar oplossingen en naar hulp. In deze masterproef wil ik nagaan hoe ouders in Vlaanderen omgaan met de buikkrampen. Meer specifiek hoop ik een antwoord te vinden op de volgende twee onderzoeksvragen:

- ➔ Welke stress ervaren ouders van zuigelingen met buikkrampen in Vlaanderen?
- ➔ Hoe kunnen de ouders ondersteund worden tijdens deze periode?

3. Methodologie

a. Studieopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden heb ik gekozen voor een exploratief beschrijvend kwalitatief onderzoek, omdat ik de ervaringen en de ideeën van de ouders wil bevragen. Ik verkies om dit te doen aan de hand van interviews. Op deze manier lukt het om te polsen bij de ouders welke zaken zij onthouden hebben uit deze periode. Aangezien er nog niet veel gelijkaardig onderzoek gebeurd is²¹, heb ik gefocust op het rekruteren van een gevarieerde steekproef aan deelnemers. Het aantal deelnemers aan de studie wordt idealiter bepaald op basis van datasaturatie (wanneer geen nieuwe elementen meer worden aangebracht in relatie tot de onderzoeksvraag in nieuwe interviews). Maar mede op basis van haalbaarheid, was het idee om 10 à 12 verschillende deelnemers te vinden.

b. Ethische commissie

De ethische commissie van Universiteit Antwerpen heeft mijn protocol goed gekeurd op 12 november 2018. (Bijlage 2. Ethische commissie.)

Aan alle geïnterviewden heb ik op voorhand toestemming gevraagd, door middel van een Informed Consent. (Bijlage 3. Informed consent.)

c. Data protectie

Alle interviews werden opgenomen met een dictafoon. Achteraf heb ik hiervan een transcript gemaakt. Deze werden op een pc bewaard met wachtwoordbeveiliging. In de transcripten zijn er geen gegevens opgenomen die directe identificatie van de personen mogelijk maakt. Na het uitschrijven, coderen en analyseren van de interviews werden de geluidsbestanden verwijderd.

d. Doelpopulatie

Ik heb mij gericht op ouders met een kindje, jonger dan 1 jaar, dat buikkrampen heeft gehad. Ik heb hiervoor geen gebruik gemaakt van de objectieve criteria bepaald door de definitie van Wessel of de Rome IV criteria.^{4,5} Wel koos ik voor de subjectieve diagnose van buikkrampen,

waarbij ouders die op basis van hun draagkracht en hun eigen perceptie, vonden dat hun kind veel huilde en buikkrampen had, mochten deelnemen aan deze masterproef. Ik heb hiervoor kunnen samenwerken met verschillende consultatiebureaus van Kind en Gezin. Namelijk bij de consultatiebureaus uit de regio Kortrijk (Wevelgem, Marke) en Menen (Menen, Wervik) en Moorslede heb ik folders kunnen nalaten om mensen te rekruteren om deel te nemen. Op deze manier had ik echter nog onvoldoende kandidaten voor de interviews, waarna ik nog rondgevraagd heb bij patiënten van mezelf en van collega huisartsen (Beselare, Zonnebeke, Moorsele).

e. Rekrutering

In eerste instantie heb ik op verschillende consultatiebureaus behorende tot regio Kortrijk en Menen folders laten meegeven door de vrijwilligers, met uitleg over het onderzoek. Indien de ouders geïnteresseerd waren om deel te nemen, konden zij me dan contacteren om een afspraak vast te leggen. Hierop kwam er echter heel weinig respons. Daarop heb ik beslist om de regio uit te breiden, en om ook de consultatiebureaus regio Moorslede erbij te betrekken. In deze regio hebben de verpleegkundigen de folders meegegeven aan de ouders met een kindje buik buikkrampen, en hebben zij op voorhand al wat uitleg gegeven. Op die manier waren er 11 kandidaten om deel te nemen aan het onderzoek. Ik heb de indruk dat de ouders meer bereid waren om deel te nemen als ze rechtstreeks door een bekende hulpverlener werden aangesproken, dan als ze via een onbekende vrijwilliger een briefje meekregen. Uiteindelijk heb ik 6 interviews kunnen doen, er waren 3 kinderen die ouder waren dan 1 jaar, en 2 ouders die het uiteindelijk niet haalbaar zagen om deel te nemen aan de interviews.

Als ik wist dat de ouders bereid waren om deel te nemen aan de interviews, contacteerde ik hen telefonisch om een moment af te spreken waarop het interview kon doorgaan. Voor de interviews konden de ouders kiezen om dit bij hen thuis te doen, of op een andere locatie. Alle ouders kozen ervoor om dit bij hen thuis te doen.

Omdat ik met 6 interviews nog geen datasaturatie had bereikt, heb ik contact opgenomen met collega huisartsen. Via hen heb ik nog 3 ouders gevonden die wensten deel te nemen. Bij de laatste interviews kwam er geen nieuwe informatie meer en had ik datasaturatie bereikt.

f. Dataverzameling

Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen die een antwoord kon bieden op de onderzoeksvragen heb ik eerst een script opgesteld. (Bijlage 4. Script interviews)

Het script heb ik opgebouwd na het lezen van de literatuur. Het bestond uit een algemene vraag om de ouders al wat te laten vertellen over de periode van buikkrampen. Op die manier kwam ik ook enkele specifieke gegevens te weten, bijv. over broers of zussen, over de voeding, Daarnaast heb ik een drietal meer specifieke vragen gesteld. Deze vragen gaven een antwoord op de onderzoeksvragen.

Bij het opstellen van het script hebben de promotor en copromotor geholpen door het geven van feedback.

g. Analyseplan

Achteraf heb ik ervoor gekozen om de interviews te verwerken volgens thematisch coderen. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van een artikel over thematisch coderen van Prof. Braun.²²

In eerste instantie heb ik van alle interviews een transcript gemaakt, waarna ik alles heb gecodeerd. Op basis van deze codes ben ik op zoek gegaan naar grote gemeenschappelijke thema's tussen de verschillende interviews. Na één gecodeerd interview heb ik een overleg gehad met mijn promotor om een reflectie te hebben over dit coderingsproces en de opbouw van de codeboom. Aan de hand van alle resultaten heb ik dan een codeboom kunnen opbouwen.

4. Resultaten

a. Algemeen

Ik heb negen interviews afgenomen tussen februari en september 2019.

Acht keer vertelde de moeder haar verhaal, terwijl bij één interview de beide ouders deelnamen.

De leeftijd van de kinderen varieerde tussen de 4 en 11 maanden. (Figuur 3. Gegevens interviews). Acht van de negen moeders hadden een normale zwangerschap. Eén kind was prematuur geboren. Bij vier van de negen gezinnen waren er al oudere broers of zussen in het gezin. (Bijlage 5. Resultaten interviews)

Gegevens interviews													
Interview	I1	I2	I3		I4		I5		I6		I7	I8	I9
Opleiding ouders	V bachelor M bachelor	V bachelor M hoger secundair	V secundair M secundair		V master M bachelor		V secundair M secundair		V master M bachelor		V bachelor M bachelor	V secundair M secundair	V bachelor M hoger secundair
Job	V bediende M bediende	V bediende M arbeider	V bediende, zelfstandige in bijberoep M bediende, zelfstandige in bijberoep		V zelfstandig M ambtenaar		V werkloos M werkzoekend		V zelfstandig M bediende		V bediende M bediende	V arbeider M arbeider	V bediende M arbeider
Leeftijd kind	5m	11m	5m	2j	11m	3j5m	9m	2j5m	4m	20m	6m	7m	8m

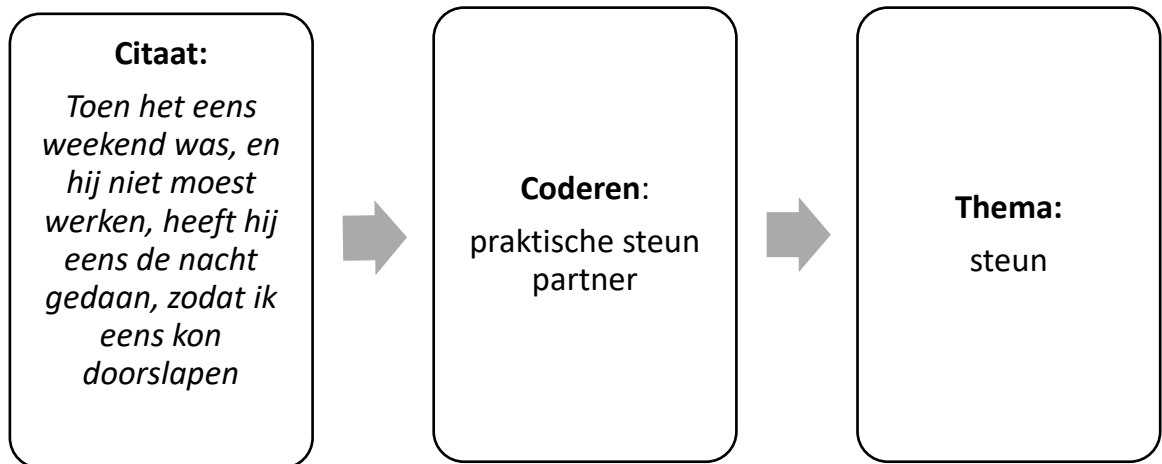
I=interview – V=vrouw – M=man

Figuur 3 Gegevens interviews

Alle ouders hebben minstens een diploma secundair onderwijs. Twee ouders hebben een masterdiploma, negen ouders een bachelordiploma en de andere zeven ouders een diploma middelbaar onderwijs hebben.

Er namen geen éénoudergezinnen deel, noch gezinnen met ouders van hetzelfde geslacht, noch gezinnen met ouders met een andere culturele achtergrond.

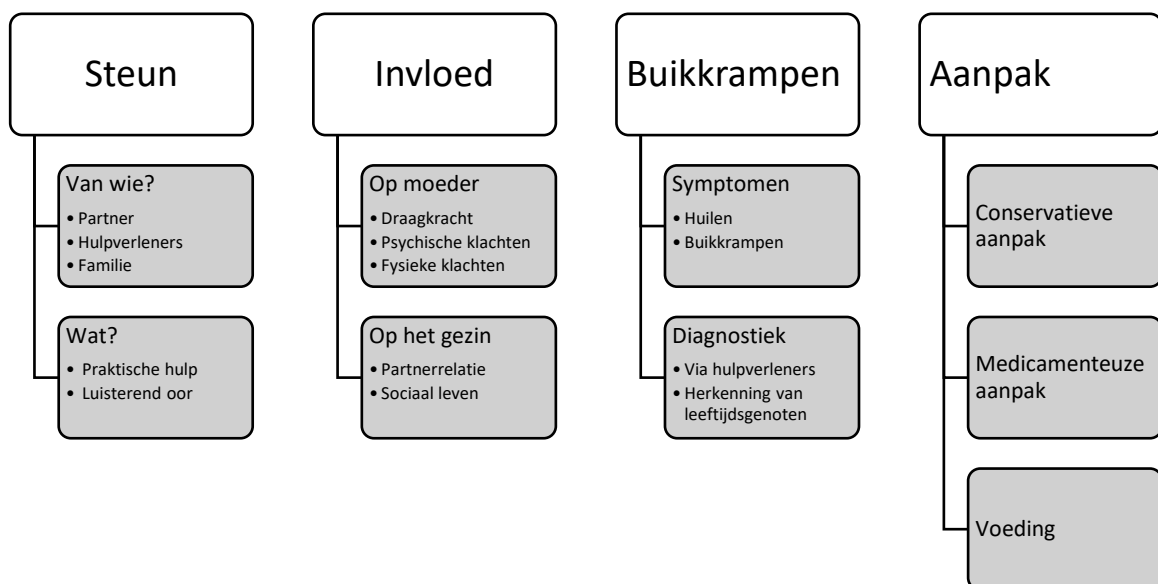
Tijdens de interviews, werd er aan de hand van het script, verschillende vragen en onderwerpen besproken. De interviews werden achteraf gecodeerd aan de hand van Braun.¹³ De figuur toont een voorbeeld van dit coderingsproces. (Figuur 4. Coderingsproces)



Figuur 4. Coderingsproces

c. Codeboom

Na het coderen van de interviews komen er een aantal thema's naar boven die beschreven worden in de codeboom. (Figuur 5. Codeboom)



Figuur 5. Codeboom

De codeboom toont 4 thema's die in alle interviews naar voren komen.

Het eerste thema, **Steun**, bevat 2 grote subthema's, Wie en Wat. Het tweede, **Invloed**, heeft als 2 subthema's De moeder en Het gezin. Het derde thema gaat over de **Buikkrampen** zelf. In de interviews wordt er veel verteld over de Symptomen en de Diagnostiek. Het laatste thema, **Aanpak**, heeft drie subthema's, Conservatieve aanpak, Medicamenteuze aanpak en Voeding.

i. Steun

I Van wie?

a. Partner

Tijdens alle interviews komt naar voren dat de ouders veel steun hadden aan verschillende personen. De belangrijkste steunpersoon was de partner. De moeders konden hulp vragen aan hun partner. Ook zagen de vaders het als hun partner het moeilijk had. Moeder en vader wisselden elkaar 's nachts af. Ondanks dat de vader vaak overdag aan het werk was, hielpen ze om bij thuiskomst de moeder even te ontlasten.

Niet alle vaders gaan op eenzelfde manier om met deze periode. Sommige vaders gaven zowel praktische als mentale steun, en probeerden zichzelf ook sterk te houden. Terwijl een andere vader toegaf dat hij zelf erg nerveus werd bij het zien van zijn kind met buikkrampen.

“... zag dat ik nerveus aan het worden was ... omdat hij lastig was, ik heb echt zitten vloeken.”(15)

b. Hulpverleners

Bijna alle moeders maakten gebruik van kraamhulp. De moeder kon eens rusten of de kraamhulp gaf extra tips en een luisterend oor. Daarnaast waren ook de eigen vroedvrouw en de verpleegkundigen van Kind en Gezin belangrijke steunpunten. Zij gaven veel tips en bevestigden de ouders in hun verhaal en gaven erkenning voor de problemen. Ze toonden ook duidelijk dat ze de ouders ondersteunden in de keuzes die ze maakten, bijv. om borstvoeding al dan niet te stoppen.

Vlak na de geboorte werden ook de personeelsleden van de materniteit als ondersteunend ervaren.

Enkele moeders vertelden dat ze veel steun hadden aan hun onthaalmoeder. De onthaalmoeder stelde onder andere voor om het kindje wat langer te laten blijven zodat de moeder zou kunnen bijslapen.

“De onthaalmoeder zei dan, ga maar eerst enkele uurtjes naar huis, na je werk, om te rusten. Je kindje is hier nu toch op zijn gemak.”(13)

c. Familie

De meeste moeders gaven ook aan dat ze veel steun hadden aan hun eigen moeder of familie. De ouders vertelden dat het advies soms op een dreigende, verplichtende ondertoon gegeven werd, vanuit oudere ervaringen en ideeën van de grootmoeder of familie. Als het advies op een rustigere manier werd gegeven, waren de ouders minder geïntimideerd en waren ze meer geneigd om de adviezen te volgen.

“Mijn zus en vrienden moeien zich echt, ongevraagd. Mijn moeder zal het minder ongevraagd doen.”(15)

II Wat?

a. Praktische hulp

Het aanwezig zijn van kraamhulp, vroedvrouw en grootouders die aan huis komen of het vlot bereikbaar zijn per telefoon of sms werden als ondersteunend ervaren. Niet alleen het geven van de tips, maar soms ook het onmiddellijk voortonen en toepassen, werd erg geapprecieerd. Ouders zagen op die manier onmiddellijk het verschil.

“Ja de kraamhulp zette mij dan echt verse venkelthee voor, en paste mijn eten aan. En als ... (baby) weende, en de kraamhulp probeerde iets, en ik zag dat het werkte, dan deed ik dat later ook...”(17)

Sommige ouders kregen uitleg over babymassage. Naast de ondersteuning bij de buikkrampen, biedt Kind en Gezin ook extra ondersteuning, zoals het helpen bij het zoeken naar werk, bij het betalen van anticonceptie, ... Dit werd ook sterk geapprecieerd. Grootmoeders boden ook hun hulp aan wanneer het wat moeilijker ging bij de ouders. Ze lieten het kind eens een nacht bij hen te laten slapen of ze hielpen bij praktische zaken.

Bijna alle ouders vertelden dat het belangrijk is om voldoende slaap te hebben, om voldoende te recupereren. Vele vaders wisselden mee de moeder af tijdens het nachtelijk opstaan, ook als de vader de dag er na moest werken.

“We kozen ervoor dat ik (moeder) vroeger ging slapen, en mijn man langer opleef om het laatste flesje te geven. Zo was ik frisser om de nachtshift te doen.”(14)

b. Luisterend oor

De ouders waren blij dat Kind en Gezin en kraamhulp ook aan huis komen. Op die manier zagen zij de moeder en het kind in hun thuissituatie, op slechte momenten en kon aan de moeder bevestigd worden dat haar kind last had van buikkrampen. Er kon dan meteen uitleg en advies gegeven worden. Moeders zagen dit als erkenning. Ouders apprecieerden het ook dat er tijdens de consulten tijd genomen werd om goed te luisteren naar haar verhaal.

“Waarvoor ik heel blij ben is dat de kinderarts en Kind en Gezin goed geluisterd hebben, en hun tijd genomen hebben om naar mij als moeder te luisteren die kwam met klachten die ik opmerkte bij mijn kinderen.” (16)

De moeders konden ook terecht bij hun eigen moeder. Ze konden er hun verhaal doen en advies vragen.

ii. Invloed

I Op moeder

a. Draagkracht

De moeders spelen een erg grote rol in deze eerste levensfase. In het merendeel van de gezinnen was de moeder tijdens de periode van buikkrampen overdag alleen thuis in bevallingsverlof. Iedere moeder had haar eigen ideeën over het aanpakken van de mogelijke problemen na de geboorte. Daarnaast bereidt ook iedereen zich op een andere manier voor op de periode na de bevalling. Elke moeder had ook andere opvattingen om al dan niet voor borst- of kunstvoeding te kiezen. Deze praktische en mentale voorbereiding helpt de moeders, en vergroot hun draagkracht om met de verwachte moeilijkheden om te gaan tijdens dit eerste levensjaar. Hun draagkracht is afhankelijk van hoe ernstig ze de moeilijkheden, bijv. buikkrampen, op voorhand verwacht hadden en het nu in het echt blijkt te zijn.

“Ik had een borstvoedingsboek gekocht, ik had veel gelezen, ik voelde me voorbereid.” (I1)

“Ik was tegen borstvoeding, omdat ik vind, en dat is mijn mening, bij borstvoeding hebben ze meer buikkrampen dan bij flesvoeding, omdat de moeder moet opletten en dat niet altijd doet” (I8)

Moeders gaven ook aan dat ze vermoeden dat het onervaren zijn bij een eerste kindje ook een rol speelde. En dat ze bij een eventueel volgend kindje zich sterker zouden voelen. Moeders die al meer dan één kind hadden, bevestigden dit. Zij vertelden dat de klachten bij hun tweede kind minder hevig waren. Zelf gaven ze als reden aan dat ze sneller de symptomen herkenden, sneller wisten welke tips ze konden proberen en welke er de vorige keer goed werkten. Ouders gaven zelf ook heel goed aan of ze hun draagkracht als hoog of laag inschatten, en welke invloed dit gaf op hen tijdens die periode.

Verschillende moeders vertelden dat kennis helpt. Het is goed om te weten wat normaal is en wat je kan verwachten van de verschillende manieren van aanpak. Het is belangrijk te weten hoe buikkrampen evolueren in de tijd.

“Bij ons tweede kindje, wisten we wat we konden verwachten, we konden sneller anticiperen, sneller overschakelen van melk, in de draagzak als het moeilijk werd, ...” (I4)

b. Psychische klachten

Alle moeders ervaarden een grote impact van deze periode. Ze zien deze periode als een periode van overleven en proberen vol te houden. Ze moesten zich recht houden, terwijl ze zelf fysiek en psychisch verzwakt door de vermoeidheid waren. Enkele moeders vertelden dat ze veel psychische stress ervaarden omdat er veel van hen gevraagd werd.

Ze gaven borstvoeding, zorgden voor hun kindje met buikkrampen en moesten daarnaast nog een eliminatiedieet volgen.

De meeste moeders waren blij met de vele adviezen die ze kregen. Maar sommigen waren toch geïntimideerd door de vele tips.

Veel moeders kenden hun draagkracht, en konden op die manier inschatten hoe vatbaar ze waren voor de psychische impact van de buikkrampen. Een moeder vertelde dat ze daardoor gedurende de ganse periode erg bang was voor een postnatale depressie.

“Mijn moeder had zelf een postnatale depressie gehad, en zij en ikzelf hadden schrik dat ik dit ook zou krijgen.” (I2)

Terwijl anderen een psychische druk ervaarden doordat ze het gevoel hadden dat de maatschappij hen dingen oplegde die niet altijd nodig zijn.

“Nu heb ik het gevoel dat we zo rap opgelegd zijn om (medische) hulp te zoeken en steeds verdere stappen te ondernemen” (I2)

c. Fysieke klachten

Veel moeders hebben last van fysieke vermoeidheid. 's Nachts heeft hun kindje vaak nog voeding nodig, of moeten ze nog eens opstaan. Maar ook overdag slagen ze er niet in om wat uit te rusten, omdat hun kindje zeer veel last heeft van buikkrampen.

“Opstaan, haar in een staart, gaan werken, thuiskomen en terug comfortabele kleren aan en rusten en slapen...” (I3)

II Op het gezin

a. Partnerrelatie

Alle ouders vertelden dat ze heel veel steun hadden aan elkaar. Vaders die overdag waren gaan werken, namen 's avonds of 's nachts even de zorg uit handen van de moeder, opdat zij kon wat rusten. Ouders hadden het gevoel samen door deze periode te gaan. Ze zoeken ook samen naar manieren om deze periode te overbruggen. Wel werd vaak gezegd dat het hebben van een kind met buikkrampen een serieuze invloed heeft. Zowel sterke als minder sterke relaties komen onder spanning te staan. Sommigen hebben achteraf het gevoel dat dit hun relatie sterker gemaakt heeft, waarbij ze ook zeggen dat dit voor een relatie die al niet zo sterk is, toch moeilijker is.

“Ik denk dat als je een relatie wil redden met een kindje maken, dat dat geen optie is.” (I1)

b. Sociaal leven

Vaak werd verteld dat de ouders geen energie meer hadden om zich te ontspannen. Ook al was de kraamperiode voorbij, en waren ze terug aan het werk. Vaak had de partner wel al voldoende energie om zich te ontspannen, maar ook hier hoorde ik dat dit nog niet aan dezelfde intensiteit was als voor de geboorte. Ouders waren vooral blij als hun werkdag erop zat, en ze terug thuis waren bij hun kind, wetende dat er mogelijks nog een moeilijker avond

en nacht kon volgen. Sommigen vinden het ook lastig tijdens het werken om te lachen en vrolijk te doen naar andere mensen.

“Normaal ging ik iedere woensdagavond een uurtje gaan sporten, maar had ik geen energie meer voor.” (I9)

iii. Buikkrampen

I Symptomen

a. Huilen

Ouders vertellen dat hun kindjes veel huilen, en ontroostbaar zijn. Sommige ouders beschouwden het huilen in eerste instantie als iets normaals, iets waar alle kinderen last van hebben. Soms zagen ze het als een vorm van communicatie. In de loop van de tijd merkten ze dat het huilen meer was dan enkel communicatie, en dat het voor de baby een uiting van pijn was, waarna ze verder op zoek gingen naar een diagnose.

“Ik had wel zoiets van, een baby moet eens huilen, het is zijn enige uitlaatklep. Maar op de duur merk je dat het meer is dan communiceren voor honger of aandacht.” (I2)

b. Buikkrampen

Alle ouders vermelden dezelfde symptomen van buikkrampen, namelijk stampen met de benen, optrekken van de benen en een gespannen buik. Hun kindje had duidelijk pijn. Sommige kinderen werden rood in het aangezicht.

Ouders vertelden dat de buikkrampen in het begin veel heviger waren en dat die verminderden in de loop van de tijd. Alle ouders merkten een dagritme op bij de buikkrampen. Bij sommige kinderen kwamen de buikkrampen gans de dag voor, terwijl andere kinderen voornamelijk overdag of voornamelijk 's nachts last hadden.

De geïnterviewden vertelden dat ze tijdens die eerste levensperiode ook al karaktereigenschappen bij hun kind ontdekten. Zo vertelden de moeders over een kind dat nooit huilt zonder reden, of een kind met heel hevige buikkrampen dat nu nog steeds een erg actief en hevig kind is.

“Grote zus had meer last van de buikkrampen, en is nu nog steeds een onrustig kind. Terwijl kleinere broer vlotter er mee omging, en ook nu nog steeds vlotter en duidelijker is qua gedrag.” (I4)

II Diagnostiek

a. Via hulpverleners

Alle ouders geven aan dat het even zoeken was tot de diagnose gesteld werd. Sommigen hadden in de materniteit al een vermoeden van buikkrampen, terwijl anderen de diagnose tussen de 3-8 weken hebben gesteld. Vooraleer de diagnose werd gesteld, was er bij de ouders reeds een aanvoelen dat er iets niet correct was waardoor hun kind ongemakkelijk was. In die beginperiode werden de symptomen soms niet ernstig genomen door de omgeving en de hulpverleners en werd er een alternatieve verklaring gegeven.

“Het was dan volle maan, en de mensen zeiden dan dat ligt daaraan of dan ja de wind waait veel, dat ligt daaraan, maar ja...” (13)

Een aantal ouders zijn met de klachten en het verhaal bij allerhande hulpverleners geweest, zoals kraamhulp, vroedvrouw, Kind en Gezin en in mindere mate de kinderarts om hulp te vragen. Die legden hen uit dat het waarschijnlijk om buikkrampen ging. Soms werd de diagnose gesteld door de verpleegkundige van Kind en Gezin die bij een huisbezoek de buikkrampen zelf kon vaststellen.

b. Herkenning bij leeftijdsgenoten

Enkele moeders hebben zelf de diagnose gesteld. Een moeder, die borstvoeding gaf, merkte proefondervindelijk dat er een link was met het voedsel dat zij had gegeten en herkende de symptomen. Anderen herkenden de symptomen die ook bij een oudere broer of zus, of een andere leeftijdsgenoot voorkwam.

Soms werd de diagnose door een familielid gesteld, zoals een tante of een grootmoeder. Sommigen legden een link met andere klachten, zoals moeilijkere stoelgang. Ook andere kinderen hadden soms nog andere klachten, zoals regurgitatie en reflux of koemelkallergie, maar deze werden door de moeders niet aan de buikkrampen toegeschreven. Ze beschouwden dit als twee losstaande zaken, maar merkten bij behandeling van het ene wel een invloed op het andere.

“We zijn veranderd naar AR-melk, waardoor hij minder teruggaf, maar ook zagen we dat hij veel gemakkelijker is, en minder last heeft van buikkrampen.” (15)

iv. Aanpak

I Conservatieve aanpak

Alle ouders zijn begonnen met conservatieve maatregelen. Verschillende maatregelen die geprobeerd werden, waren wrijven op de buik, fietsen met de beentjes, hun kind inbakeren of hun kindje dragen. Soms hebben ouders zelf lessen babymassage gevolgd, of werd deze uitleg bij een huisbezoek door de verpleegkundige van Kind en Gezin gegeven.

II Medicamenteuze aanpak

Sommige moeders gaven hun kind voedingssupplementen om de buikkrampen te verzachten. Deze werden voorgesteld door hun kinderarts, vroedvrouw of door hun apotheker. Maar soms ook door informatie die ze kregen van andere moeders of familieleden. Daarnaast werden ook probiotica (Protectis® en Probactiol®) of andere medische hulpmiddelen (Infacol®, Belladonna en Balifen®) gegeven. Soms kregen de kinderen ook medicijnen (bijv. ranitidine (Zantac®)) omwille van andere symptomen, zoals refluxklachten.

Niet alle ouders hadden veel effect van de verschillende producten die ze probeerden. Het gaf hen wel het gevoel ergens mee bezig te zijn, en niet zomaar af te wachten.

“Ik denk dat het ook de tijd was die hielp. We hadden telkens andere tips, die we probeerden en ondertussen waren we weer een week of twee verder en probeerden we iets nieuws.” (17)

III Voeding

Alle ouders zien een link met de voeding. Sommigen moeders die borstvoeding gaven, merkten een verband tussen wat zij aten en de mate van de buikkrampen. Andere moeders daarentegen hebben de overtuiging dat borstgevoede kinderen meer buikkrampen hebben dan kunstgevoede kinderen. Bij de meeste kinderen merkten de ouders op dat er meer last was direct na het drinken en dat dit na een tijd verbeterde.

“Ik ben van het idee, we proberen alles en zien wel waar hij op reageert. Zo merkte ik dat hij schorseneren en spruitjes niet goed verteerde, maar rode kool wel.” (11)

De meerderheid van alle gezinnen zijn gestart met borstvoeding. Deze moeders probeerden dingen aan te passen aan hun voeding zoals extra venkelthee drinken of eliminatiedieet volgen. Maar na enkele weken zijn de meesten toch overgestapt naar kunstvoeding. Sommigen stapten over omwille van praktische redenen, zoals terug aan het werk moeten, maar anderen omdat het eliminatiedieet te veel van hen vroeg. Van de ouders die flesjes gaven

op het moment van de buikkrampen, zijn er enkele overgeschakeld naar een ander type flesvoeding. Bijna alle gezinnen die flesvoeding gaven, moesten even zoeken naar de juiste melk. De meesten veranderden omwille van regurgitatie of reflux, omwille van verzadigingsproblemen of omwille van stoelgangproblemen. Slechts een minderheid veranderde de voeding omwille van de buikkrampen. Toch zagen ze allemaal een invloed op de buikkrampen. Slechts een kleine minderheid heeft een lange zoektocht achter de rug en zijn uiteindelijk via de kinderarts bij een hypoallergene, intensief gehydrolyseerde melk (Nutramigen®) gekomen die gegeven wordt in het kader van koemelkallergie.

5. Discussie

a. Bespreking van de resultaten

Bij de interviews zijn er een aantal belangrijke resultaten naar voren gekomen.

Tijdens de periode van buikkrampen speelt de draagkracht van de moeders en van de ouders een grote rol. Hoe groter de eigen draagkracht van de ouders, en hoe meer de moeders ondersteund worden door de partners, maar ook door de omgeving, hoe beter zij deze periode aankunnen. Naast steun van partner of omgeving speelt ook kennis en ervaring een rol. Bij een volgend kind voelen zij zich steviger in hun schoenen. Ook ouders die zich ingelezen hebben, of proberen voor te bereiden hebben op de periode na de bevalling voelen zich sterker.

Ouders van een kind met buikkrampen gaan op zoek naar een manier om de buikkrampen te verbeteren. Zij zijn niet enkel op zoek naar een medicijn of truc die alles oplost, maar zij zijn vooral op zoek naar erkenning. Erkenning dat ze er niet alleen voor staan en ondersteund worden, maar ook erkenning dat de buikkrampen inderdaad een zware periode kunnen zijn en een zware invloed kunnen hebben op hen als ouder en hen als koppel en gezin.

Als laatste zien we dat ouders vaak zelf een diagnose stellen, of een diagnose krijgen van niet-hulpverleners. Dit sluit aan bij het feit dat ouders erkenning willen. Door de symptomen en problemen die ze ervaren bij hun kind te benoemen, proberen ze meer erkenning te krijgen van anderen.

b. Vergelijking met bestaande literatuur

Tijdens deze masterproef werd er geen gebruik gemaakt van de definitie van Wessel (1954) of de Rome IV criteria (2006)^{4,5} om te bepalen welke ouders al dan niet konden deelnemen aan de interviews. In de literatuur zijn er onderzoeken te vinden, zoals van Landgren (2012) ,

die ouders selecteren op basis van deze criteria.^{18,23} Dit heeft als voordeel dat deze onderzoeken makkelijker te objectiveren zijn, omdat het voor lezers duidelijk is waaraan ouders en kinderen moeten voldoen.

Er zijn daarnaast ook onderzoeken die zich voor de definitie van de buikkrampen baseren op de draagkracht van de ouders, zoals het onderzoek van Cox (2008) of dat van Megel (2011).^{7,24} Ook in deze masterproef werd er gekozen voor ouders die zelf menen dat hun kind last heeft van buikkrampen, ongeacht of deze kinderen dan voldoen aan de strikte criteria van Wessel of Rome IV. Verschillende onderzoekers die er niet voor kiezen om gebruik te maken van de strikte criteria, doen dit omdat er nog andere factoren zijn die een rol spelen of een ouder de symptomen zijn of haar kind als buikkrampen beschouwt. Vooral een interactie tussen ouder- en kindfactoren speelt een rol.²⁵ Mogelijke ouderfactoren kunnen zijn, het opleidingsniveau en de kennis van de ouders, de mentale draagkracht, een persoonlijke voorgeschiedenis van fysieke en psychische aandoeningen, de mate van ondersteuning en netwerk. Ook de zwangerschap, de bevalling, de mate van interactie spelen een rol. Zo hebben ouders zonder voorkennis, met een persoonlijke voorgeschiedenis van psychische aandoeningen en beperkte ondersteuning, die daarnaast een zware zwangerschap en bevalling hebben, een grotere kans om buikkrampen bij hun kind te ervaren.

De artikels die aan de hand van een kwalitatief onderzoek nagaan wat de invloed is van de buikkrampen op de ouders, zijn niet allemaal uitgevoerd door artsen. Sommige artikels zijn uitgevoerd door psychologen, zoals Cox (2008) of door verpleegkundigen, zoals Megel (2011) en Landgren (2012).^{7,18,24} Hierdoor focussen zij zich soms op andere zaken, maar toch zijn er veel zaken die terugkomen.

In de literatuur zien we dat de buikkrampen voor de ouders deze eerste periode na de geboorte volledig overschaduwde. De pijn en frustraties die de baby voelt, heeft een invloed op de partnerrelatie en op het ganse gezin. Ouders hebben in het begin het gevoel dat ze deze periode moeten overleven en dat ze controle verliezen. Voor de komst van hun kind hadden ze verwachtingen van dit eerste levensjaar. Door de buikkrampen voldoet deze periode niet aan hun verwachtingen. Ouders proberen alles om toch maar een beetje de controle terug te vinden. De ouders die geïnterviewd werden voor deze masterproef hebben dit gevoel niet ervaren.

In de masterproef komt naar voren dat de draagkracht en de mate van ondersteuning van moeders en van de partners een rol speelt. De moeders waren blij met de aangeboden steun en met de vele tips omdat het hen het gevoel gaf er mee bezig te zijn en dingen te proberen.

Ook in de literatuur wordt bevestigd dat het krijgen van steun door familie of door professionals als belangrijk wordt gezien.¹⁸ Daarnaast waren er ook enkele moeders die vertelden dat kennis hen helpt. Als zij wisten dat hun buikkrampen had en dat dit een goedaardige aandoening is, die na enkele maanden spontaan stopt, dan zien zij een uitweg. Verschillende onderzoeken, zoals Landgren (2011) bevestigen dat kennis ouders helpt.²⁶ Ouders krijgen (zelf-)vertrouwen door het hebben van kennis en ervaring. Ze zoeken die kennis en ervaring op alle mogelijk manieren, door zelf verschillende zaken uit te testen, maar ook door te luisteren naar adviezen van anderen.²⁶ Hierdoor komen ze te weten met welke maatregelen ze hun kind rustiger krijgen, en kunnen ze helpen opdat hun kind met last ondervindt van de buikkrampen. In de masterproef kwam ook terug dat ouders bij een volgend kind zich sterker in hun schoenen voelden.

Daarnaast is er in de literatuur ook te vinden dat het hebben van een kind met buikkrampen een invloed heeft op angsten bij de moeder, en eventueel kan leiden tot een postpartumdepressie.^{18,24,27} Bij ouders met een kind met buikkrampen, die onvoldoende ondersteuning krijgen, kan dit in extreme gevallen leiden tot kindermishandeling en zelfs kindermoord.¹⁰

In verschillende onderzoeken komen er voorstellen naar de aanpak van de buikkrampen. Telkens kwam er naar voren om minder de focus te leggen op het puur medische en op zoek te gaan naar een oorzaak en een behandeling en genezing, omdat er geweten is dat het merendeel van de buikkrampen zelflimiterend en goedaardig zijn, en er momenteel geen bewezen behandeling is. De kinderen moeten onderzocht worden, om een aantal behandelbare of ernstige oorzaken van het huilen en de buikkrampen uit te sluiten, maar dit moet niet tot in het extreme.²⁸ In deze masterproef gaven de ouders aan dat zij met hun kind naar de arts gingen om onderliggende oorzaken uit te sluiten. Ze waren evenwel geen vragende partij voor verregaande onderzoeken. Vanuit onderzoek is er geweten dat de onderzoeken naar een medische oorzaak, en het geven van verschillende behandelingen, ongeacht dat deze niet bewezen zijn, zorgt wel voor een enorme kost voor de gezondheidszorg.²⁸ Wel wordt er voorgesteld om de focus te leggen op het bieden van steun. Het is belangrijk om de ouders gerust te stellen, eventueel om hen voedingsadvies te geven, maar vooral om hen uitleg te geven in verband met de buikkrampen.^{24,28,29} Een Iraans artikel van Al Shehri (2016) stelt voor om al prenataal uitleg te geven aan de ouders.³⁰ Daarnaast is het ook belangrijk om ouders erkenning te geven voor deze, mogelijks zware, periode van buikkrampen bij hun kind. Dit kwam terug in deze masterproef. Ouders vonden het belangrijk

erkenning te krijgen voor de zware periode waar ze in zaten. Ze apprecieerden het als hulpverleners hen uitleg gaven over de buikkrampen en over het verloop ervan. Er bestaan oudertraining programma's die hierop inspelen.³¹ Deze willen ouders training, ondersteuning en psychologische begeleiding geven. Echter toonde een Cochrane Systematic Review (2019) maar beperkte evidentie voor de effectiviteit hiervan.³¹ Verder onderzoek zal nog nodig zijn, maar valt buiten het bestek van deze masterproef.

Er zijn ook een aantal zaken die in de literatuur terug te vinden is, maar die in deze masterproef niet naar voren kwam.

Deze masterproef focuste zich op de periode vlak na de buikkrampen, bij kinderen tot 1 jaar. Ook in andere onderzoeken was dit de periode waarop gefocust werd. Hierdoor kunnen we weinig besluiten over de periode langer dan een jaar na de geboorte. Er is hier wel al onderzoek naar gebeurd.¹⁸ Dit toonde aan dat de ouders nog steeds sterke herinneringen hebben aan de buikkrampenperiode, maar dat over het algemeen de onderlinge relaties tussen de gezinsleden hersteld zijn.

Tijdens het zoeken naar literatuur komt ook heel sterk naar voren dat er veel belang gehecht wordt aan het zoeken naar een behandeling voor de buikkrampen, zoals onderzoeken naar probiotica, homeopathie en dergelijke. Terwijl in deze masterproef naar voren komt dat de ouders vooral vragen naar erkenning en ondersteuning.

Tijdens deze masterproef werd er slechts 1 vader geïnterviewd. Andere onderzoeken tonen verschillende zaken. Sommige artikels zeggen dat de vaders een bron van steun zijn, die er 2 jobs op nahouden. Na hun job, helpen ze bij thuiskomst om hun vrouw te ontlasten en nemen ze de zorg voor hun kind mee over.²⁴ Aan de andere kant zijn er ook die zeggen dat de vaders het ook hard te verduren hebben, omdat de moeders bij thuiskomst hun emoties konden afreageren op de vaders.²⁶

Zoals reeds vermeld is er soms een verschil in resultaten, naargelang vanuit welk standpunt het interview werd uitgevoerd, zoals vanuit psychologisch of medisch standpunt. Hierdoor vertelden de ouders in een onderzoek dat de ouders geen steun ondervinden van de medische hulpverleners.²⁴ Mogelijks is een verklaring hiervoor dat de ouders steeds weten wie het interview uitvoert en vanuit welk standpunt. Zo wisten de ouders die deelnamen aan de interviews voor deze masterproef dat de interviewer zelf een arts was. Terwijl de ouders van het ander onderzoek wisten dat de interviewer hen interviewde vanuit een psychologisch standpunt.²⁴ In dit onderzoek van Cox (2008) komt er ook naar voren dat de ouders lang blijven

geloven en vast houden aan een medische oorzaak terwijl dit in deze masterproef niet meer naar voor komt.²⁴ Naast het ander perspectief van de interviewer, is dit artikel ook 15 jaar ouder, en in tussentijd is de aanpak van buikkrampen al wel veranderd. Mogelijks speelt dit ook een rol bij het verschil in resultaat dat in deze masterproef naar voren kwam.

c. Kritische reflectie over het eigen werk

i. Sterktes

Na een initieel moeizame zoektocht ben ik erin geslaagd om 9 ouders te interviewen. Het gaat hierbij om 9 gezinnen met een verschillende achtergrond qua opleiding. Er is wel een min of meer gelijke verdeling tussen het aantal hoger (hoger secundair, bachelor- of masteropleiding) en laagopgeleiden (secundair).

Er is momenteel nog niet veel onderzoek gedaan naar de ervaringen van de ouders in deze periode van buikkrampen. Veel onderzoek focust zich op behandeling, of op de langere termijn invloeden. Door te kiezen voor interviews kon ik de verschillende ervaringen van de ouders bevragen. Na 8 interviews merkte ik dat ik geen nieuwe informatie meer uit de interviews haalde. Het negende interview bevestigde dit. Ik had data-saturatie bereikt. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de verschillende ondervraagden toch deels gemeenschappelijke kenmerken hadden (zie beperkingen.)

ii. Beperkingen

De grootste respons, 5 van de 9 gezinnen, heb ik verkregen via 1 Kind en Gezin consultatiebureau en via 1 Kind en Gezin verpleegkundige. Zij hebben dus allen ervaring met dezelfde Kind en Gezin verpleegkundige, en wonen allemaal in een gelijkaardige buurt (Moorslede-Dadizele-Ledegem). Deze streek bevat een combinatie van landbouwgebieden en verstedelijkt bouwkernen op een tiental kilometer van stad Roeselare.

De andere respons heb ik verkregen via collega huisartsen. Dit waren gezinnen uit Beselare en Wevelgem. Ook deze 2 gemeentes bestaan uit een combinatie van landbouwgebieden en verstedelijkte bouwkernen, waarbij Wevelgem dicht bij een stad. Dichtbijzijnde steden zijn Menen (4km) en Kortrijk (7km) voor Wevelgem en Ieper (12km) en Roeselare (16km) voor Beselare.

De resultaten die via de interviews werden verkregen, kunnen dus enkel iets zeggen over gezinnen met een kind met buikkrampen in de regio Midden- en Zuid-West-Vlaanderen. Dit kan niet getransfereerd worden naar gezinnen in verstedelijkt gebied in andere regio's. Hiervoor is er meer onderzoek nodig.

Het was de bedoeling om ook meer ouders uit verstedelijkt gebied te rekruteren. Hiervoor heb ik samengewerkt via 2 afdelingen van Kind en Gezin, namelijk in Kortrijk (consultatiebureaus in Marke en Wevelgem) en in Menen (consultatiebureaus in Menen en Wervik), maar hierop heb ik geen respons gekregen.

Aangezien ik slechts 9 gezinnen bereid vond om geïnterviewd te worden, heb ik ook weinig kunnen selecteren om bijv. meer diversiteit te verkrijgen (bijv. een aantal mensen met een andere culturele achtergrond, of meer mensen met uit een zwakker socio-economische omgeving). Hierdoor is er slechts 1 gezin die in de kansarmoede leeft en waarvan de ouders werkloos zijn.

De resultaten geven enkel een beeld over de visies en ondervindingen van de moeders. Slechts in 1 gezin was de vader aanwezig, en voerde hij ook grotendeels het woord. Op basis van dit interview zie ik dat bij dit gezin de ervaringen gelijkaardig zijn voor die vader, maar ik kan dit niet veralgemenen naar alle vaders. Vaak waren de vaders niet aanwezig tijdens de interviews, omdat ze waren gaan werken, of wilden de moeders het interview liever alleen doen.

Deze beperkingen zorgen er voor dat bepaalde zaken die bij andere gelijkaardige onderzoeken naar voren kwamen, er bij deze masterproef niet uitgehaald werden.

d. Relevantie voor de jeugdgezondheidszorg

In de literatuur zijn er heel veel onderzoeken te vinden die op zoek gaan naar mogelijke oplossingen en behandelingen voor de buikkrampen. Dit is waardevol onderzoek omdat ouders nog steeds hopen om een oplossing te vinden voor de problemen die ze ervaren.

Echter denk ik dat het belangrijk is om ook voldoende aandacht te hebben naar de verzuchtingen van de ouders. Zij vinden het geen groot probleem als er geen medicijn te vinden is voor het probleem, zij willen vooral erkenning. Er wordt al aandacht gegeven aan het feit dat de ouders geïnformeerd moeten worden over buikkrampen.^{3,14} Hulpverleners worden aangeraden om de ouders te informeren over het natuurlijke verloop van het huilen en van de buikkrampen. Maar ouders willen ook erkenning. Zij willen erkend worden in het feit dat deze periode lastig is en een grote invloed heeft op hen.

e. Aanbevelingen voor verder onderzoek/naar de jeugdgezondheidszorg.

Eenzijds lijkt het me interessant om de gevonden resultaten te toetsen op grotere schaal. Op die manier kan er nagegaan worden of ook elders in Vlaanderen of België ouders ondersteuning en uitleg in verband met de buikkrampen belangrijker vinden dan verregaande medische onderzoeken zonder vooruitzicht op een duidelijke oplossing. Er zou ook kunnen

worden nagegaan of er een invloed is van een andere culturele achtergrond, socio-economische status, geslacht (vader versus moeder) of woonomgeving (landbouwgebied versus stad).

Daarnaast kan deze masterproef, samen met de bestaande literatuur een aanzet zijn om een algemeen plan van aanpak voor zowel jeugdartsen, als huisartsen en pediaters, als Kind- en Gezin verpleegkundigen en vroedvrouwen te ontwikkelen.

6. Besluit

Dit kwalitatief onderzoek, bij 9 geïnterviewde gezinnen, toont aan dat het belangrijk is om erkenning te geven aan de moeders en aan de ouders in het algemeen, wanneer zij een kind met buikkrampen hebben.

Wanneer ouders komen met symptomen bij hun kind blijft het belangrijk om enkele behandelbare of ernstige aandoeningen uit te sluiten, maar daarna heeft het geen zin om het kind verdere, voornamelijk onnodige onderzoeken en behandelingen te laten ondergaan. Wel is het belangrijk om ouders erkenning te geven van de problemen die ze ondervinden met hun pasgeborene.

De focus van de hulpverleners moet liggen op het geven van steun aan de ouders. Steun kan aan de hand van praktische tips, maar ook door aanwezig en beschikbaar te zijn als hulpverlener.

7. Samenvatting

Doelstelling: Dit exploratief beschrijvend kwalitatief onderzoek wil nagaan hoe de ouders van een kind jonger dan 1 jaar met buikkrampen, omgaan met de periode van buikkrampen bij hun kind. Dit gebeurt door een antwoord te zoeken op de volgende onderzoeksvragen: 1) Welke stress ervaren ouders van zuigelingen met buikkrampen in Vlaanderen? 2) Hoe kunnen de ouders ondersteund worden tijdens deze periode?

Methode: Er werden 8 moeders en 1 koppel uit Zuid- en Midden-West-Vlaanderen bereid gevonden om deel te nemen aan de interviews. Van alle interviews werden achteraf transcripten gemaakt, die gecodeerd werden en daarna werden geanalyseerd via thematische analyse.

Resultaten: De draagkracht van de moeders en van de ouders speelt een grote rol tijdens de periode van de buikkrampen. Daarnaast is ook steun door de partner en door de omgeving en de kennis en ervaring van de ouders belangrijk. De ouders gaan op zoek naar een manier om de buikkrampen te verbeteren en om er beter mee om te kunnen gaan. Ze zoeken niet enkel naar medicijnen of tips die alles oplossen, maar zij zijn vooral op zoek naar erkenning. Ouders willen erkenning dat ze er niet alleen voor staan en ondersteund worden, maar ook dat deze buikkrampen een moeilijke periode kunnen zijn en een zware invloed kunnen hebben op hen als ouder, als koppel en als gezin. Als laatste kwam in deze studie naar voren dat ouders vaak zelf een diagnose stellen of dat de diagnose gesteld wordt door niet-hulpverleners. Door de problemen die ze ervaren te benoemen, proberen de ouders meer erkenning te krijgen van anderen.

Conclusie: Uit dit onderzoek is gebleken dat ouders vooral veel belang hechten aan erkenning voor de problemen die ze ondervinden bij hun kind met buikkrampen. Ouders vinden het belangrijk dat de hulpverleners ernstige medische aandoeningen uitsluiten. Zij zijn echter geen vragende partij om verregaande onderzoeken te doen. De focus van de hulpverleners dient dan ook te liggen op het geven van steun aan ouders aan de hand van praktische tips en door voldoende beschikbaar te zijn. Het zal aangewezen zijn om de gevonden resultaten te toetsen op grotere schaal. Daarnaast kunnen deze resultaten, samen met de bestaande literatuur een aanzet zijn voor een algemeen plan van aanpak door alle hulpverleners.

8. Referentielijst

1. K&G Wetenschappelijk dossier huilen 2006.
2. NCJ Multidisciplinaire richtlijn: Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's 2013
3. St James-Roberts I., Bowyer J., Varghese S., Sawdon J., Infant crying patterns in Manali and London, In: Child Care Health Dev 1994; 20: 323-337.
4. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics. 1954; 14:421-435
5. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology 2006;130:1519-26
6. Mai T, Fatheree NY, Gleason W, Liu Y, Rhoads JM. Infantile colic: new insights into an old problem. Gastroenterol Clin North Am. (2018) 47:829-44
7. Kaley F, Reid V, Flynn E. The psychology of infant colic: A review of current research. Infant Mental Health Journal 2011;32(5):526-41
8. Megel ME, Wilson ME, Bravo K, McMahon Nancy, Towne A. Baby lost and found: Mothers experiences of infants who cry persistently. Journal of Pediatric Health Care 25(3): 144-152
9. Johnson JD, Cocker K, Chang E. Infantile colic: recognition and treatment. Am Fam Physician. 2015 Oct 1;92(7):577-582.
10. Zeifman DM. St James-Roberts I. Parenting the crying infant. Curr Opin Psychol. 2017 Jun: 15:149-154.
11. Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA, et al. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. Pediatrics 2013;131(6):e1857-e64 .
12. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. BMJ. 1993 Sep 4;307(6904):600-604.
13. Akman I, Kusçu K, Ozdémir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, Karabekiroglu A, Ozek E. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. Arch Dis Child 2006 May;91(5):417-419.
14. Alexander CP, Zhu J, Paul IM, Kjerulff KH. Fathers make a difference: Positive relationships with mother and baby in relation to infant colic. Child Care Health Dev. 2017;43(5):687-96.
15. Neu M, Robinson J. Infants with colic:their childhood characteristics. JPediatr Nurs. 2003 Feb: 18(1):12-20

16. Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, Wallach M, Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child*. 2004 Oct. 89(10):908-912.
17. Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Family life 1 year after infantile colic. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996, 150(10):1032-1036
18. Landgren, K , Lundqvist, A , Hallström, I. Remembering the chaos —but life went on and the wound healed. A four year follow up with parents having had a baby with infantile colic. *Open Nurs J* 2012;6:53–61
19. Long T, Johnson M. Living and coping with excessive infantile crying. *J Adv Nurs*. 2001 Apr:34(2):155-62.
20. Long, J., Powell, C., Bamber, D., Garratt, R., Brown, J., Dyson, S. & St JamesRoberts, I. (2018) Development of materials to support parents whose babies cry excessively: findings and health service implications. *Primary Healthcare Research and Development*, 19(4), 320-332.
21. Ellet M, Schuff E, Davis JB. Parental perceptions of the lasting effects of infant colic. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2005 Mar-Apr: 30(2):127-32
22. Braun, V. and Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101
23. Steutel NF, Benninga MA, Langendam MW, de Kruijffl, Tabbers MM. Reporting outcome measures in trials of infant colic. *Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition* 2014;59(3):341-6.
24. Cox L, Roos V. The experiences of first-time mothers with colic infants who seek help from medical professionals. *Health SA Gesondheid*. 2008; 13(1),4-13.
25. Stifter CA, Bono M, Spinrad TL. Parent characteristics and conceptualisations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (2003); 21(4):309-322.
26. Landgren K, Hallström I. Parent's experience of living with a baby with infantile colic – a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011;25(2):317-24.
27. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12, CD004796.
28. Mahon J, Lifschitz C, Ludwig T, Thapar N, Glanville J, Miqdady M, et al. The costs of functional gastrointestinal disorders and related signs and symptoms in infants: a systematic literature review and cost calculation for England. *BMJ Open* 2017;7:e015594

29. Akman I, Kuşçu K, Özdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*. 2006;91(5):417–9.
30. Al-Shehri H, Al-Mogheer BH, Al-Swayan TH, Abualalaa AB, Jarrah OA, Jabari M et al. Assessment of maternal knowledge about infantile colic in Saudi Arabia. *Electron Physician*. 2016 dec 25;8(12):3313-3317
31. Gordon M, Gohil J, Banks SS. Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Dec 3;12.

9. Bijlagen

a. Bijlage 1. Literatuurstudie

Auteur	Titel	?	Jaar publicatie	Land waarin onderzoek gebeurde
St James Roberts	Infant crying patterns in Manali and London	Is er een huilcurve bij pasgeborenen?	1994	VK
Wessel	Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'colic'	Definitie van excessief huilen	1994	VS
Kind en Gezin	Wetenschappelijk dossier huilen	Overzichtsartikel	2006	België
Johnson JD	Infantile colic: recognition and treatment	Review	2015	VS
Megel ME	Baby lost and found: Mothers experiences of infants who cry persistently	Hoe beschrijven de moeders hun ervaringen met een kind met buikkrampen?	2009	VS
Torstein V	Infantile colic, prolonged crying and maternal depression	Hebben moeders van kinderen die excessief huilen hogere depressie symptoom scores 2 en 6 maanden na de geboorte? En zijn kinderen met buikkrampen een risicofactor voor hogere maternele depressie symptoom scores 6 maanden na de geboorte, zelfs als de buikkrampen verbeterd zijn?	2009	Noorwegen
Zeifman DM	Parenting the crying infant.	Review over huilen bij kinderen	2017	VS
Akman I	Mothers' postpartum psychological	Zijn buikkrampen geassocieerd met postpartum stemmingsstoornissen of onzeker hechtingsstijl van de moeder?	2006	Turkije

	adjustment and infantile colic.			
Rautava P	Psychosocial predisposing factors for infantile colic.	Zijn er associaties tussen de kenmerken van families tijdens de eerste zwangerschap en na de bevalling en de ontwikkeling van buikkrampen bij het kind?	1993	Finland
Neu M J	Infants with colic:their childhood characteristics.	Zijn de emotionele reguleringsproblemen, die er zijn bij een kind met buikkrampen, een voorloper van problemen in de kindertijd die mogelijks een blijvende invloed hebben op de ouders?	2003	VS
Miller-Loncar C	Infant colic and feeding difficulties.	Is er een relatie tussen buikkrampen en voedingsproblemen en wat is de impact op het ouderlijk functioneren?	2004	VS
Long T	Living and coping with excessive infantile crying.	Hoe gaan ouders om met een kind dat excessief huult? Zijn er factoren die coping moeilijker maken en zijn er interventies die de ouders als effectief ervaren?	2001	VK
Long J	Development of materials to support parents whose babies cry excessively: findings and health servica implications	Is het mogelijk om zaken te ontwikkelen die ouders informatie en ondersteuning geven als hun kind excessief huult?	2018	VK
NCJ	Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's	Multidisciplinaire richtlijn	2013	Nederland
Mai T	Infantile colic, new insights in an old problem	Review	2018	VS

Alexander C	Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic.	Is er een associatie tussen buikkrampen bij zuigelingen en drie vormen van maternelle steun?	2017	VS
Kaley F	The psychology of infant colic: a review of current research	Review	2011	VS
Radesky	Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms	Is er een verband tussen het rapporteren van de moeder over excessief huilen? Of is er een verband bij kinderen die de definitie van Wessel volgen?	2013	VS
Landgren K	Remembering the chaos —but life went on and the wound healed. A four year follow up with parents having had a baby with infantile colic.	Welke invloed heeft het hebben van een koliekbaby op het gezin, vier jaar later?	2012	Zweden

b. Bijlage 2. Ethische commissie



UZA / Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Zandbergse Dreef 41 Herestraat 49
Tel +32 3 821 93 00, Fax +32 3 821 09 20
www.uza.be / 0900/4.519.800



Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartageneeskunde
Universiteitsplein 1
2010 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Craas

SECRETARIAAT
tel. 03 821 58 97

Buikkrampen bij 0-6 maanden: kwalitatief onderzoek bij Kind en Gezin (Manama jeugdgezondheidszorg (Eva De Smet)

Belgisch Registratienummer: B300201837999

datum

12/11/2018

omschrijving

18/44/495

contact

Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigd dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 12/11/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Bewijs van "no-fault" verzekering dd. 21/11/2018
Amlin Insurance, pols nr. 199.535.692, exp date 31/12/2018
- CV onderzoeker
De Smet Eva
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 24/10/2018
Versie 1
- Protocol dd. 24/10/2018
Versie 1
- Diverse
Dataverzamelingslijst, versie 1 dd. 24/10/2018

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

- 1) Wie is de beheerder van de databank en de codetabel?
- 2) Hoe lang zullen de gegevens bewaard worden?

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/44496

datum
12/11/2018

oms nummer
18/44496

aan
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroeg)dijg) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingsysteem

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeriatrie, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. E. De Smet, NVT, Nieuwstraat 177 - 8560 Wevelgem

Vervolg blz. 3 van het aanvraagformulier betreffende project EC UZA 18/44496

Datum
12/11/2018

Ans. Verzoeknr.
18/44496

CDR/EC
 Secretariaat Ethisch Comité
 ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 29/10/2018.

Deze studie werd besproken op vergadering van 12/11/2018.

	Functie	M/V	Aanwzig
<u>Voorzitter</u>			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
<u>Ondervoorzitter</u>			
IEVEN Orest	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
<u>Leden EC UZA</u>			
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneesdokter	V	+
DE BAETSCHER Dinye	Verpleegkundige	V	-
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHELS Peter	Gastro-enteroloog	M	+
PAELINCK Bernard	Cardioloog	M	+
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenaanpak	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Jans	Pediater	M	+
<u>Toegevoegde leden UA</u>			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MERSTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
<u>Uitgenodigde Experts</u>			
AERTSEN Valerie	Patiëntenvoerwoordiger	V	-
DOCKX Céline	Jurist	V	+
DEB Kris	Kraaktherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHELENS Inge	Jurist	V	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en medische	M	-
VAN BORTEL Peeter	Filosoof	M	-
VANDEPERRE Peggy	Verantwoordelijke gezonde vrijwilligers	V	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICHGCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

c. Bijlage 3 Informed Consent

Gezinssamenstelling

Deelnemer:

Naam Leeftijd:

Opleiding

Job

Partner:

Naam Leeftijd:

Opleiding

Job

Echtelijke staat: Gehuwd – Samenwonend – Gescheiden – Alleenstaand - Andere

Kind(eren)

Kind 1: Leeftijd Buikkrampen JA / NEE

Kind 2: Leeftijd Buikkrampen JA / NEE

Kind 3: Leeftijd Buikkrampen JA / NEE

Kind 4: Leeftijd Buikkrampen JA / NEE

Ik ga akkoord dat alles dat gezegd wordt tijdens het interview vertrouwelijk, rekening houdend met de privacy, zal gebruikt worden voor het maken van een masterproef in kader van de opleiding jeugdgezondheidszorg.

Datum Handtekening

d. Bijlage 4. Script interviews

Verwelkoming

Blij dat je gekomen bent.

Zoals je kon lezen in het formulier dat je gekregen hebt op het consultatiebureau, gaat dit onderzoek over buikkrampen. In de literatuur is er veel onderzoek dat zich richt op het opsporen mogelijke oorzaken of mogelijke behandelingen voor buikkrampen. Er is ook onderzoek gebeurd naar de impact die buikkrampen hebben op ouders en op een gezin, maar veel van die literatuur is al van meerdere jaren geleden. Met deze interviews zou ik willen nagaan hoe ouders de periode van buikkrampen bij hun kind ervaren en hoe zij omgegaan zijn met de buikkrampen.

Je kon ook lezen dat alles wat straks gezegd zal worden, opgenomen wordt met een bandopnemer. Bij het verwerken van de gegevens zal uw privacy gerespecteerd worden. Heb je hierover nog vragen?

Vooraleer we beginnen met het eigenlijke interview zou ik willen vragen om een korte vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bevat enkele vragen naar de gezinssamenstelling. Op het einde vraag ik om een handtekening te zetten, als akkoord om deel te nemen aan het onderzoek.

Nu alle praktische zaken in orde zijn, stel ik voor om te beginnen met het interview. Heb je nog vragen vooraleer we beginnen? Ik zal nu de recorder aanzetten.

Ice breaker

Om te starten ben ik nieuwsgierig waarom je wil deelnemen aan dit onderzoek.

Algemene vragen

Zoals ik in het begin al vertelde gaat het onderzoek over buikkrampen en de beleving van ouders van de periode van buikkrampen. Ik zag dat je X -aantal kinderen hebt met buikkrampen. Laten we het hebben over het jongste kind met buikkrampen. Kan je er meer over vertellen?

Hoe oud was het kind wanneer het begon? Hoe lang duurde de periode? Wat maakt dat je dacht aan buikkrampen? Hoe werd de diagnose gesteld? Waar heb je hulp gezocht? Welke zaken heb je allemaal geprobeerd?

Specifieke vragen

Hoe heb je die periode beleefd? Als gezin?

Had dit een weerslag op de omgeving, op andere kinderen, op partner?

Zijn er ervaringen uit die periode die je bijgebleven zijn?

Goede ervaringen? Slechte ervaringen?

Je hebt al X en Y gezegd, maar ik vroeg me nog af of je nog adviezen hebt naar hulpverleners toe?

Wat hebben ze goed gedaan? Wat was behulpzaam? Watervaarde je als onaangenaam?

Afsluit

We hebben het nu al over van alles gehad. Zijn er nog dingen die je wil zeggen voor we afsluiten?

Bedanking

Bedankt alvast om te willen deelnemen aan dit interview.

e. Bijlage 5. Resultaten interviews

Resultaten interviews													
Interview	1	2	3		4		5		6		7	8	9
Symptomen	Stampen met de voeten – ontroostbaar huilen- gespannen buik – link met voedsel	Pijn – overstrekken –stampen met de benen – niet te troosten	Beperkt stampen met de benen	Stampen met de benen, samentrekken	Stampen met de voeten	Stampen met de voeten, ontroostbaar huilen, rood worden in gezicht	Spartelen, beter in buiklig	Geen last	Ontroostbaar, veel stampen met de benen, moeilijk slapen, opspannen tot rood gezicht, krijsen	Ontroostbaar, veel stampen met de benen, moeilijk slapen, opspannen tot rood gezicht, krijsen	Ongemakkelijk na de voeding	Stampen met de benen	Stampen met de benen, huilen
Borstvoeding / Flesvoeding	BV	FV	FV	FV	BV->FV na 1d	BV->FV na 3d	FV	?	BV->FV na 1m	BV->FV na 1m	BV	FV	BV->FV na 1.5m
Tijd	*8w - nu	*d3 – 4m (VV)	2w – 5w	*d3 – 6m	10d-1m	14d – 3m	2w-?	?	3.5w-5w	2w-8w	3w-10w	3w-5w	2w-6w
aanpak	Op voeding letten – osteopaat – conservatief - protectis	Switch melk (reflux, via KA) – zantac – belladonna – vroeger vaste voeding	Direct met andere flessen gestart- conservatief	Switch flessen- conservatief- switch melk (reflux, via KA) – protectis, balifen	Switch flessen (tongriempje)- Switch voeding (onverzadigbaar, via HA)	Switch voeding (onverzadigbaar, via HA)- conservatief- osteopaat	Conservatief – switch melk (wegens reflux)	?	Conservatief, switch melk (wegens koemelkvrij, via KA)	Conservatief, eliminatiediet BV, protectis, switch melk (wegens koemelkvrij, via KA)	Conservatief, protectis, venkelthee, buiklig/houdingen, switch flessen – volume afgekolfdde melk traag verhogen.	Probactiol, infacol, conservatief	Conservatief, protectis, Switch melk (verzadiging, via KA)

- BV= borstvoeding – FV= flesvoeding – HA=huisarts – KA=kinderarts
- Conservatief= massage, fietsen met de benen, warmte, ...