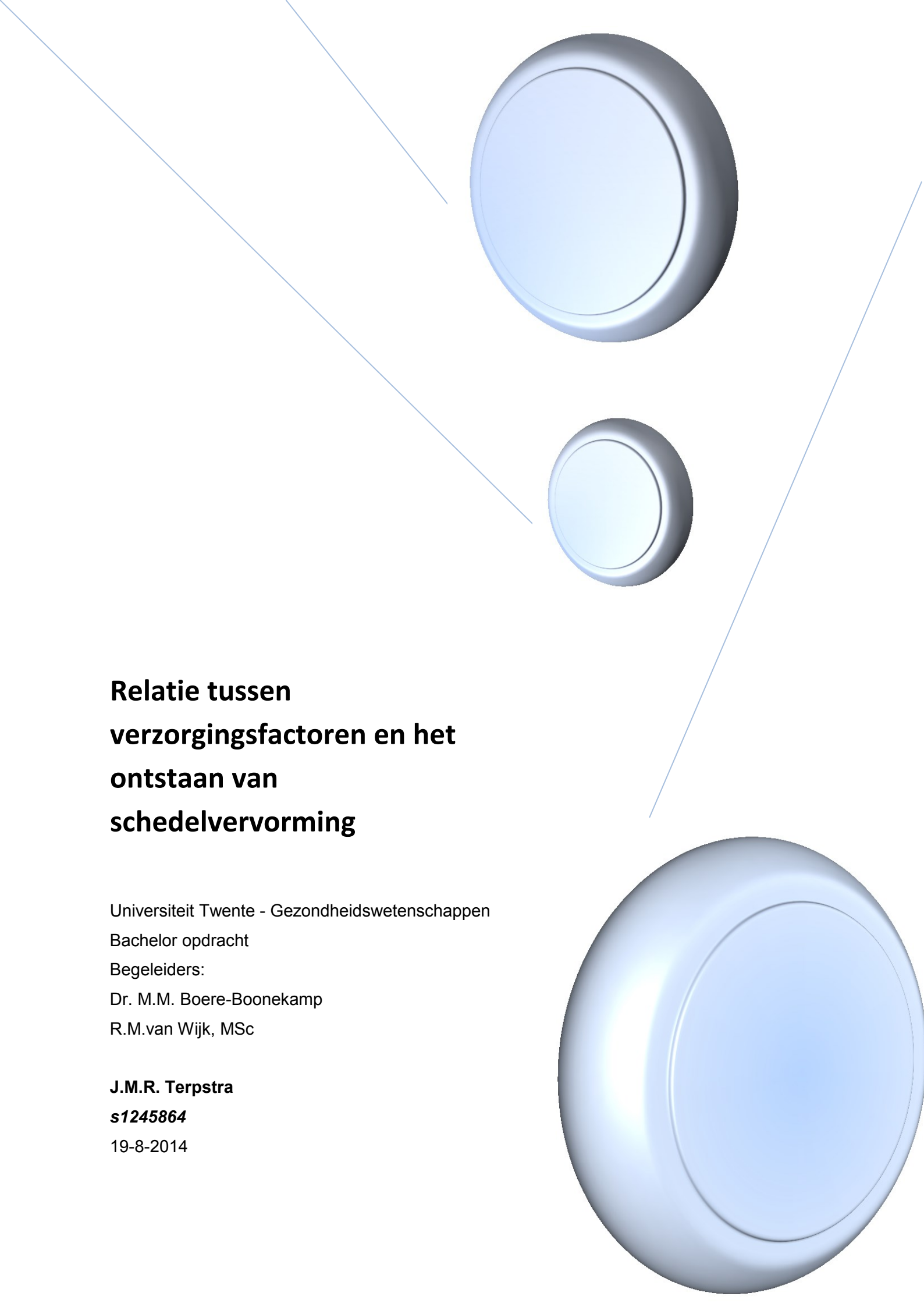


The page features three blue, 3D-rendered spheres of varying sizes. Two smaller spheres are positioned in the upper right quadrant, with two thin blue lines extending from the top left towards them. A larger sphere is located in the bottom right corner. The main title is positioned to the left of the upper spheres.

Relatie tussen verzorgingsfactoren en het ontstaan van schedelvervorming

Universiteit Twente - Gezondheidswetenschappen

Bachelor opdracht

Begeleiders:

Dr. M.M. Boere-Boonekamp

R.M.van Wijk, MSc

J.M.R. Terpstra

s1245864

19-8-2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Inleiding.....	4
1.1 Schedelvervorming	4
1.1.1 Risicofactoren.....	5
1.1.2 Diagnostiek, preventie en behandeling	6
1.2 Samenhang schedelvervorming en verzorgingsgewoonten	7
2. Probleemstelling en vraagstelling	8
2.1 Hoofdvraag.....	8
2.2 Deelvragen	8
3. Methode	9
3.1 Soort onderzoek	9
3.2 Onderzoekspopulatie.....	9
3.2.1 Cases.....	9
3.2.2 Controles	9
3.3 Dataverzameling	10
3.4 Variabelen	10
3.5 Analyse methode	12
3.5.1 Frequentieverdeling achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten	12
3.5.2 Bivariate analyse.....	13
3.5.3 Multivariate analyse.....	14
4. Resultaten	15
4.1 Achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten	15
4.2 Verband achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten	17
4.3 Verbanden na multivariate analyse.....	19
5. Conclusie en Discussie	21
7. Afkortingen	25
8. Literatuurlijst.....	26
9. Bijlages	28
Bijlage 1 Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 vragenlijst	28
Bijlage 2 HEADS vragenlijst.....	32

Samenvatting

Achtergrond – Ter preventie van wiegendood wordt sinds 1987 een landelijk advies gegeven aan ouders om kinderen in rugligging te laten slapen. Sindsdien is er een flinke toename in voorkomen van schedelvervorming bij baby's. Er is al veelvuldig onderzoek gedaan naar de risicofactoren van schedelvervorming, echter is er nog weinig onderzoek gedaan naar de verzorgingsgewoonten, specifiek in de leeftijd van 2 tot 4 maanden. Om dit te realiseren is de volgende hoofdvraag tot stand gekomen: 'Welke verzorgingsgewoonten gedurende de eerste 4 maanden zijn risicofactoren voor de aanwezigheid van een schedelvervorming bij baby's?'

Methode - Voor dit onderzoek is gekozen voor een patiënt-controle-onderzoek. De deelnemers van de Peiling Veilig slapen 2010/2011 van TNO zijn in dit onderzoek gebruikt als de controlegroep, na toepassing van, de exclusiefactoren leeftijd en het hebben van een schedelafplatting, bestond deze groep uit 490 kinderen.

Uit het HEADS onderzoek, uitgevoerd door de Universiteit Twente, zijn de cases verzameld. Na toepassing van exclusiefactoren bestond de groep cases uit 582 kinderen. Er is een univariate, bivariate en multivariate analyse uitgevoerd. De afhankelijke variabele voor dit onderzoek is de aanwezigheid van schedelvervorming. De onafhankelijke variabelen kunnen worden geschaard onder verzorgingsgewoonten en bestaan uit meerdere factoren.

Resultaten - Voor de achtergrond variabelen zijn er geen significante verbanden gevonden. Echter zijn er wel sterke verbanden gevonden na het uitvoeren van een bivariate analyse voor mannelijk geslacht en het hebben van een voorkeurshouding. De oddsratio's voor deze factoren zijn respectievelijk 1,74 (95%BI 1,36 – 2,22 p=0,00) en 43,68 (95%BI 29,30 – 64,14 p=0,00). Bij de opleidingsniveaus van de ouders blijken de ouders met een gemiddelde opleiding een hogere kans te hebben op het ontstaan van een schedelvervorming bij hun kind. Uit de enkelvoudige logistische regressie analyse komen de factoren inbakeren en slapen op de rug als risicofactoren naar voren met respectievelijke oddsratio's van 1,42 (95%BI 1,02 – 1,97) en 1,97 (95%BI 1,36 – 2,83 p=0,04).

Uit de meervoudige logistische regressie blijkt, naast het mannelijk geslacht en het hebben van een voorkeurshouding, enkel de factor overwegend slapen op de rug een risicofactor voor schedelvervorming is. Met een aOR van 2,32 (95%BI 1,42 – 3,81 p=0,00). Wederom kwamen voorkeurshouding en geslacht naar boven als belangrijke factoren voor de aanwezigheid van een schedelafplatting.

Conclusie - Uit het onderzoek is gebleken dat op de rug slapen een risicofactor is voor het ontstaan van een schedelafplatting. Na correctie voor andere factoren blijkt de factor inbakeren geen risicofactor voor schedelafplatting. De factoren inbakeren en gebruik van een Maxi-Cosi kunnen zijn in dit onderzoek als niet significant naar voren gekomen. Over het op

de buik liggen om te spelen overdag kan niet met zekerheid een uitspraak worden gedaan omdat er een groot verschil is tussen de cases en controles in de manier waarop deze variabele is gemeten.

1. Inleiding

Ter preventie van wiegendood is er door de Stichting Onderzoek en Preventie Zuigelingensterfte in 1987 een landelijk advies gegeven aan ouders om baby's in rugligging te laten slapen (18). Het aantal kinderen dat aan wiegendood is overleden is daarna sterk afgenomen. Daartegenover nam het aantal kinderen met een schedelafplatting enorm toe (10). Er zijn nog niet zoveel gegevens bekend over de samenhang tussen verzorgingsgewoonten en schedelvervorming. Met dit onderzoek worden factoren onderzocht die van invloed zijn op de schedelvervorming bij kinderen. Als deze factoren bekend zijn kunnen ouders hierover worden ingelicht en er kan dan gerichte preventie plaatsvinden zodat een schedelafplatting kan worden voorkomen.

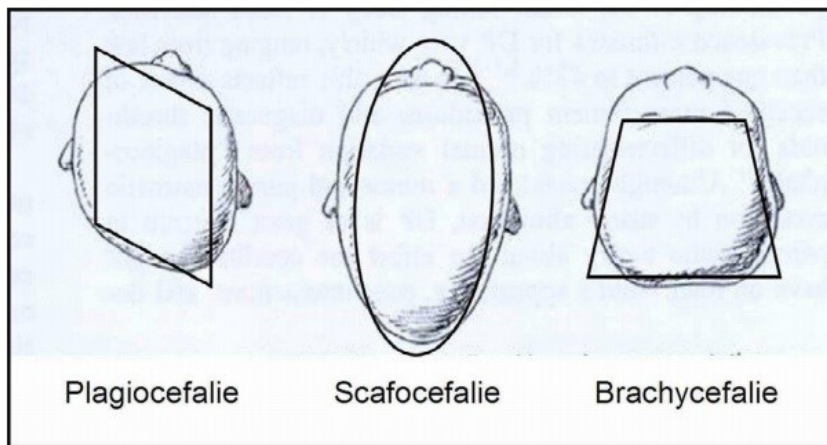
1.1 Schedelvervorming

Een voorkeurshouding is de toestand van een zuigeling waarbij deze in rugligging spontaan het hoofd óf naar de rechterzijde óf naar de linkerzijde geroteerd houdt gedurende driekwart van de observatietijd (minimaal 15 minuten), zonder actieve rotatiemogelijkheid van het hoofd over de volle 180 graden (1). Dit betekent dat baby's bijna constant met het hoofd dezelfde richting op gedraaid liggen. In een onderzoek, dat in 2009 is gepubliceerd, naar het voorkomen van voorkeurshouding had ruim 60% ook deformatieve plagiocefalie (13). Er kan dus worden gesteld dat een voorkeurshouding een hele belangrijke risicofactor lijkt voor het ontstaan van schedelvervorming.

Er wordt van schedelvervorming gesproken wanneer het hoofd van de baby is vervormd als gevolg van prenatale en/of postnatale krachten op de groeiende schedel (5). Er zijn verschillende typen schedelvervorming (zie figuur 1). Allereerst is er de deformatieve plagiocefalie (DP). Dit is een asymmetrische vervorming van de schedel. Hierdoor kan de stand van de oren en het gelaat van de zuigeling ook asymmetrisch worden. Deformatieve brachycefalie (DB) is een symmetrische afplatting van de achterzijde van de schedel, waarbij een punthoofd kan ontstaan. Bij deformatieve scafocefalie (DS) is er een asymmetrische afplatting van de linker- en rechterzijde van de schedel, hierdoor ontstaat een lange smalle schedel (5).

Van de baby's op de leeftijd van 6 maanden heeft 17,5% plagiocefalie, dit is de meest voorkomende vorm van schedelvervorming. Brachycefalie komt voor bij 8,7% van de kinderen op de leeftijd van 6 maanden (11). Het voorkomen van schedelvervorming bij baby's onder de 6 maanden varieert nogal. Bij de geboorte is dit 13%, bij een leeftijd van 6 weken 16% en bij een leeftijd van 4 maanden is dit 19,7% (15). In een ander onderzoek, waarbij 200 baby's zijn gevolgd vanaf de geboorte, zijn er nog extra gegevens naar voren gekomen over de prevalentie van schedelvervorming. De prevalentie van deformatieve

plagiocefalie op de leeftijd van 8 maanden bleek 9.2%, bij 12 maanden 9.2% en bij 24 maanden 6.8% van de populatie (3).



Figuur 1: Schedelvervorming; Plagiocefalie, Scafocefalie, Brachycefalie.

1.1.1 Risicofactoren

In de jeugdgezondheidszorg-richtlijn (JGZ-richtlijn) wordt er een onderscheidt gemaakt tussen socio-demografische factoren, obstetrische factoren, kind factoren en verzorgingsfactoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van schedelvervorming (5). Uit een eerdergenoemd onderzoek in Nieuw-Zeeland is gebleken dat het mannelijk geslacht een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van schedelvervorming (3), deze risicofactor valt onder kind factoren. Uit ditzelfde onderzoek is ook gebleken dat beperkte rotatiemogelijkheid van de nek en een trage motorische ontwikkeling risicofactoren zijn voor het ontstaan van schedelvervorming (3).

In de JGZ-richtlijn wordt aangegeven dat een laag opleidingsniveau van de moeder en etniciteit belangrijke socio-demografische risicofactoren zijn voor het ontstaan van schedelvervorming (5).

Als obstetrische risicofactoren worden in de richtlijn benoemd; primipariteit, prematuriteit, stuitligging, kunstverlossing, lange duur van de partus en meerlingzwangerschap (5). Naast deze risicofactoren worden in een onderzoek van van Vlimmeren nog meer risicofactoren benoemd voor het ontstaan van schedelvervorming zoals: lange uitdrijvingsduur, ongebruikelijke geboortepositie, kinderen die op hun rug slapen en kinderen die te weinig wisselligging krijgen (13). Bij de geboorte zijn er slechts drie risicofactoren voor het hebben van schedelvervormingen: het mannelijk geslacht, eerstgeborene zijn en het hebben van een breder hoofd (13). Ook het hebben van een laag geboortegewicht is mogelijk een risicofactor op het hebben van een schedelvervorming (9).

1.1.2 Diagnostiek, preventie en behandeling

Voordat de diagnose schedelvervorming wordt gesteld, wordt er een lichamelijk onderzoek uitgevoerd bij de zuigeling. Dit lichamelijk onderzoek bestaat uit palpatie van de beide fontanellen, palpatie van de schedelnaden en de beoordeling van de schedelvorm van verschillende kanten. Naast het waarnemen van de schedel kunnen er ook metingen en foto's worden gemaakt om schedelvervorming te constateren (5).

Bij preventie kan er onderscheid worden gemaakt tussen primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie. De primaire preventie richt zich vooral op de ouders of verzorgers van de zuigelingen en heeft als doel de kans op de ontwikkeling van een voorkeurshouding zo klein mogelijk te maken. De preventie gericht op ouders met een kind met een verhoogd risico op het krijgen van een schedelvervorming, is intensiever dan de standaard preventie. Bij secundaire preventie wordt schedelvervorming in een vroeg stadium opgespoord en kan daardoor op tijd worden behandeld. Tertiaire preventie richt zich vooral op het voorkomen van verergering van de schedelvervorming (5).

In de JGZ-richtlijn worden de resultaten van verschillende onderzoeken vergeleken en samengevat. Er wordt in deze richtlijn een onderscheid gemaakt in verschillende soorten interventies voor de preventie van schedelvervorming (5):

1. Ouderinstructie over positionering en hantering; De adviezen die voornamelijk worden gegeven zijn preventie adviezen om het ontstaan van een voorkeurshouding te voorkomen. Hierbij wordt de houding van de baby regelmatig afgewisseld.
2. Kinderfysiotherapie en houdingsadvisering; Als de instructie van de ouders niet de gewenste effecten heeft wordt er een intensievere therapie gebruikt.
3. Manuele therapie, osteopathie en chiropraxie; Ouders hebben de indruk dat deze interventies effectief zijn. Deze therapie wordt in de richtlijn niet aanbevolen omdat er complicaties kunnen ontstaan.
4. Helmtherapie; Met behulp van de helmtherapie zou de asymmetrie van het hoofd sneller normaliseren dan zonder helmtherapie. Uit onderzoek van van Wijk blijkt dat helmtherapie behandeling bij kinderen met een matige tot ernstige schedelvervorming niet effectief is en afgeraden wordt (17).
5. Chirurgie; Als alle bovenstaande therapieën niet aanslaan, of de deformatie te ernstig is kan soms worden overgegaan op chirurgie (5). Dit is een behandeling die zelden voorkomt en afgeraden wordt aan ouders met baby's met een deformatieve schedelvervorming. In het buitenland wordt deze behandeling nog wel eens toegepast, in Nederland komt dit echter niet voor.

1.2 Samenhang schedelvervorming en verzorgingsgewoonten

Uit een studie van van Vlimmeren is gebleken dat 12,2% van alle zuigelingen onder de leeftijd van 7 maanden een voorkeurshouding heeft, onder de 4 maanden is dit zelfs 17%. Bij de geboorte hadden de baby's geen voorkeurshouding en 6,1% had een deformatieve plagiocefalie. Bij een leeftijd van 7 weken had 17,9% van de zuigelingen een voorkeurshouding, hiervan had ruim 60% ook een deformatieve plagiocefalie (13). Als er bij de zuigeling sprake is van asymmetrie van het hoofd zal het op de rug liggen een risico verhogende factor zijn en het op de buik liggen overdag tijdens het spelen een beschermende factor zijn (3). Uit onderzoek in Nieuw Zeeland is gebleken dat de kans op een schedelvervorming veel kleiner is als kinderen overdag meer dan 5 minuten op de buik worden gelegd om te spelen (4). Op een leeftijd van 7 weken blijken de volgende factoren invloed te zijn op het ontstaan van schedelvervorming: voorkeurshouding tijdens het slapen, hoofd naar dezelfde kant op de commode, alleen flesvoeding, geen variatie in de positionering tijdens flesvoeding, minder dan drie keer per dag op de buik gelegd tijdens het spelen. Voornamelijk de houding en de duur waarbij het kind op de rug ligt heeft een grote invloed op het ontstaan van deformatieve plagiocefalie (5). Uit onderzoek in de Verenigde Staten is gebleken dat het intensief gebruik van kinderzitjes een verhoogd risico op schedelvervorming geeft. Het hoofd wordt puntig aan de achterkant of vormt zich naar het kinderzitje. Het veelvuldig gebruik van een kinderzitje, meer dan 4 uur per dag, blijkt een verhoogd risico te geven op een ergere vorm van schedelvervorming (7). Ook het inbakeren van een baby zou een verhoogd risico geven op het ontstaan van een schedelvervorming. Als de baby wordt ingebakerd, is het moeilijker om te bewegen. Hierdoor blijft de zuigeling in een vaste houding liggen, dit verhoogt mogelijk de kans op het ontstaan van een schedelvervorming (8).

2. Probleemstelling en vraagstelling

Bij een aanzienlijk gedeelte van de zuigelingen is er sprake van schedelvervorming. De risicofactoren hiervan lopen zeer uiteen en zijn bijvoorbeeld rugligging, prematuriteit en het geslacht van het kind. Ook is er uit onderzoek gebleken dat de invloed van de risicofactoren bij een leeftijd van 7 weken toenemen (15). Hierbij gaat het voornamelijk om houdings- en hanteringsgewoonten van de ouders. Daarnaast is gebleken uit onderzoek van van Wijk uit 2014 dat maar 25% van de kinderen met een matige tot ernstige schedelvervorming na 2 jaar volledig hersteld is (17). Het is dus van belang dat het percentage kinderen dat herstelt van een matige tot ernstige schedelvervorming zal stijgen en dat er in een vroeg stadium wordt voorkomen dat kinderen een schedelvervorming krijgen. Omdat er nog weinig bekend is over de samenhang tussen schedelvervorming en verzorgingsfactoren op jonge leeftijd zijn de volgende hoofd- en deelvragen geformuleerd.

2.1 Hoofdvraag

‘Welke verzorgingsgewoonten gedurende de eerste 4 maanden zijn risicofactoren voor de aanwezigheid van een schedelvervorming bij baby’s?’

2.2 Deelvragen

Om de hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden, worden de volgende deelvragen gesteld:

1. *‘Is er een relatie tussen rugligging tijdens het slapen in de eerste 4 maanden en de aanwezigheid van schedelvervorming bij baby’s?’*
2. *‘Is er een relatie tussen het niet neerleggen op de buik (niet om te slapen) van het kind in de eerste 4 maanden en de aanwezigheid van schedelvervorming bij baby’s?’*
3. *‘Is er een relatie tussen het veelvuldig gebruik van een kinderzitje (opgeteld meer dan 2 uur per dag) in de eerste 4 maanden en de aanwezigheid van schedelvervorming bij baby’s?’*
4. *‘Is er een relatie tussen het inbakeren van een baby in de eerste 4 maanden en de aanwezigheid van schedelvervorming bij baby’s?’*

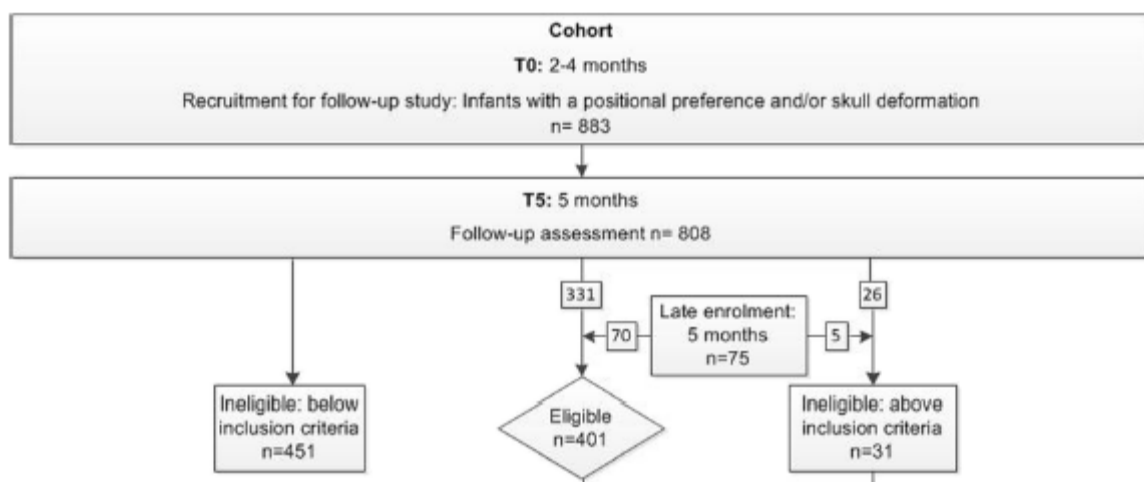
Aan het einde van dit onderzoek wordt vastgesteld welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van schedelvervorming en wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag.

3. Methode

3.1 Soort onderzoek

Voor dit onderzoek wordt een case-control studie uitgevoerd, hierbij zijn de kinderen met schedelvervorming uit het HEADS (HElmet therapy Assessment in Deformed Skulls) onderzoek de cases (16) en de kinderen zonder schedelvervorming uit de Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 de controles (6). Bij deze cases en controles zijn gegevens over onder andere verzorgingsgewoonten verzameld, die met elkaar kunnen worden vergeleken. In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar een leeftijd van 2-4,4 maanden.

3.2 Onderzoekspopulatie



Figuur 2: gedeelte flow chart HEADS onderzoek

3.2.1 Cases

In het HEADS onderzoek zijn er in totaal 883 kinderen geïnccludeerd op de leeftijd van 2-4,4 maanden (T0) uiteindelijk werden er hiervan 808 gevolgd. Dit zijn kinderen met een voorkeurshouding en/of een schedelvervorming. Er voldeden uiteindelijk 582 kinderen aan de inclusiecriteria voor dit onderzoek, kinderen met een schedelvervorming gemeten met plagiocefalometrie (PCM: ODDI $\geq$ 104 of CPI $\geq$ 90). PCM is een niet invasieve methode om de symmetrie van de schedel te bepalen en kwantificeren (14). Er wordt in dit onderzoek alleen gekeken naar kinderen met een leeftijd van 2 tot 4,4 maanden.

3.2.2 Controles

In de Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 zijn er in totaal 1860 bruikbare vragenlijsten meegenomen. De totale onderzoekspopulatie bestaat baby's in de leeftijd van 0 tot en met 11 maanden in Nederland, voor wie de ouders een vragenlijst invulden. Deze ouders zijn benaderd op het consultatiebureau door een arts of verpleegkundige voorafgaand of na afloop van het consult. Voor dit onderzoek zijn de gegevens van 490 kinderen uit de peiling

meegenomen (6): kinderen in de leeftijd van 2 tot 4,4 maanden zonder een schedelvervorming.

3.3 Dataverzameling

In het kader van het HEADS onderzoek zijn kinderen met een voorkeurshouding en/of schedelvervorming gevolgd. Ouders van deze kinderen hebben vragen beantwoord met betrekking tot hun houdings- en hanteringsgewoonten bij de verzorging. Voor een onderzoek vanuit TNO zijn gedeeltelijk dezelfde vragen gesteld in de Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011. Gegevens voor dit onderzoek zijn al verzameld, er zullen dus geen metingen plaatsvinden voor het verder uitvoeren van dit onderzoek. In beide studies, Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 en het HEADS onderzoek, is de data verzameld met behulp van vragenlijsten. Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 is zoals in de titel te zien is, in de jaren 2010 en 2011 uitgevoerd. De ouders van de kinderen zijn benaderd op het consultatiebureau door de arts of verpleegkundige voorafgaand of na afloop van een consult (6). De vragenlijst werd door de ouders vervolgens thuis ingevuld. De inclusie van de onderzoekspopulatie van het HEADS onderzoek is uitgevoerd tussen februari 2009 en juni 2011. De kinderen zijn voornamelijk verzameld in het oosten van Nederland, provincies Drenthe, Overijssel en delen van Gelderland. De kinderen werden geworven en gemeten door speciaal getrainde kinderfysiotherapeuten (17). De vragenlijst werd door de ouders van deze kinderen ingevuld.

In bijlage 1 is de vragenlijst van de Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 te vinden, in bijlage 2 de vragenlijst voor het HEADS onderzoek. In de vragenlijst van de peiling veilig slapen zijn verschillende vragen gesteld over de ouders en de kinderen. Voor dit onderzoek wordt alleen de data van een aantal vragen meegenomen.

3.4 Variabelen

De te onderzoeken afhankelijke variabele is schedelvervorming. De onafhankelijke variabele, verzorgingsgewoonten, worden in dit onderzoek gebruikt om mogelijk schedelvervorming te verklaren. Onder verzorgingsgewoonten wordt verstaan alle houdings- en hanteringsgewoonten die van toepassing zijn op een baby. Allereerst worden de variabelen genoemd en daarbij wordt vermeld in welke categorieën deze zijn ingedeeld in dit onderzoek:

Het slapen op de rug is onderverdeeld in de volgende categorieën:

- Overwegend op de rug
- Wisselend op de rug, zij of buik
- Overwegend anders

- Het liggen op de buik overdag (niet om te slapen) wordt onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Nooit op de buik
 - 0-10 minuten per dag
 - 11-20 minuten per dag
 - 21-30 minuten per dag
 - Meer dan 30 minuten per dag
- Het gebruik van een Maxi-Cosi is onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Minder dan een half uur per dag
 - Tussen een half uur en 2 uur per dag
 - Meer dan 2 uur per dag
- Het inbakeren van de baby is onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Niet inbakeren
 - Soms Inbakeren tijdens het slapen
 - Altijd inbakeren tijdens het slapen

Naast de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen zijn er nog achtergrondkenmerken die kunnen samenhangen met schedelvervorming:

- Geslacht, onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Jongen
 - Meisje
- Primipariteit, onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Eerstgeborene
 - Niet eerstgeborene
- Voorkeurshouding, onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Nee
 - Ja, naar rechts
 - Ja, naar links
- Gewicht onderverdeeld in de volgende categorieën Deze categorieën zijn ingedeeld met behulp van gegevens van het CBS (12).
 - Zeer laag geboortegewicht 0-1499 gram

- Laag geboortegewicht 1500-2499
 - Normaal geboortegewicht boven de 2500.
- Het opleidingsniveau van de vader en moeder van het kind is onderverdeeld in de volgende categorieën:
 - Basisonderwijs
 - Vmbo, mavo, vbo, lbo, mbo-1
 - Havo, vwo, mbo
 - Hbo, wo-bachelor
 - Wo-doctoraal

3.5 Analyse methode

Met behulp van SPSS zal worden gekeken naar de invloed van verschillende factoren op het ontstaan van schedelvervorming. De uitkomst van de afhankelijke variabele is dichotoom, hierbij worden groepen ingedeeld op aanwezigheid van schedelvervorming bij 4 maanden of niet.

3.5.1 Frequentieverdeling achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten

Allereerst is er een univariate analyse uitgevoerd op verschillende variabelen. Met behulp van een univariate analyse kan een tabel worden opgesteld waar de kenmerken van de onderzoekspopulatie naar voren komen. Eerst is er een analyse uitgevoerd met alle categorieën zoals te zien in tabel 1 frequentieverdeling data. Naar aanleiding van de gegevens in deze tabel is er voor gekozen om van alle factoren, in plaats van meerdere categorieën, twee categorieën te maken. Op deze manier kan er een oddsratio (OR) worden uitgerekend. Daarnaast waren er een aantal categorieën met heel weinig of zelfs geen kinderen, deze zijn samengevoegd met een andere. Zoals te zien is in tabel 1 zijn er bij de factor geboortegewicht bijna geen kinderen in de categorie 'Zeer laag geboortegewicht'. Daarom is ervoor gekozen om de kinderen met een zeer laag geboortegewicht en een laag geboortegewicht samen te voegen. Bij de voorkeurshouding is het niet van belang naar welke kant het kind een voorkeurshouding heeft, daarom zijn deze ook samengevoegd tot twee categorieën, wel en geen voorkeurshouding. Voor de opleiding van de ouders is er een onderscheid gemaakt tussen laag, gemiddeld en hoog opgeleide ouders. De eerste twee categorieën zijn samengevoegd tot een nieuwe categorie: laag opgeleide ouders. Ouders met havo, vwo, mbo 2,3,4 zijn ingedeeld bij de gemiddeld opgeleiden. Als laatste is er een categorie hoogopgeleiden, deze bestaat uit ouders met een hbo-, wo-bachelor of wo-doctoraal/master.

Dit is ook gedaan voor de onafhankelijke variabelen: Slapen op de rug, buik liggen overdag, gebruik Maxi-Cosi en inbakeren. Deze factoren bestonden eerst uit drie categorieën en zijn nu aangepast naar twee categorieën.

Voor de factor buik liggen overdag verschilt de manier waarop de vragen zijn gesteld in de vragenlijsten. In de Peiling Veilig Slapen is de vraag gesteld: 'Hoe lang ligt uw kind gemiddeld per dag onder toezicht op de zij of de buik op te spelen' (zie bijlage 1). In de HEADS vragenlijst is eerst gevraagd hoe vaak het kind per dag op de buik ligt en daarna hoeveel minuten per keer het kind op de buik ligt. Er is gekozen om de categorieën van de peiling aan te houden in de analyse. Om de HEADS gegevens overeen te laten komen met de peiling is er voor elke categorie het gemiddelde genomen en zijn deze vervolgens met elkaar vermenigvuldigd. Bijvoorbeeld als er door de respondenten een keuze was gemaakt voor 1 tot 2 minuten per dag en 5 tot 15 minuten per keer, dan omgerekend naar een waarde van $1,5 * 10 = 15$ minuten per dag.

3.5.2 Bivariate analyse

Na het uitvoeren van een univariate analyse is een bivariate analyse uitgevoerd om de samenhang tussen onafhankelijke factoren met de afhankelijke factor te bepalen. Hierbij worden dus de volgende variabelen allemaal los van elkaar vergeleken met het hebben van schedelvervorming:

- Rugligging tijdens het slapen
- Buik liggen overdag (niet om te slapen)
- Veelvuldig gebruik Maxi-Cosi (meer dan 2uur per dag)
- Inbakeren

De resultaten van de bivariate analyse worden uiteindelijk gepresenteerd in een 2x2 tabel. Dit is een overzicht van de gevonden resultaten en op deze manier kan worden aangegeven welke onafhankelijke variabelen een verband vertonen met de afhankelijke factor schedelvervorming. Dit wordt gedaan door de OR te berekenen, hiermee kan worden gekeken of de afhankelijke variabele een beschermende factor is of een risicofactor.

	Wel schedelvervorming	Geen schedelvervorming	Totaal
Risicofactor aanwezig	a	b	a+b
Risicofactor niet aanwezig	c	d	c+d
Totaal	a+c	b+d	a+b+c+d

De OR kan worden berekend door de volgende formule uit te rekenen:

$$OR = (A * D) / (B * C)$$

3.5.3 Multivariate analyse

Na het uitvoeren van de univariate en de bivariate analyse wordt er een multivariate analyse uitgevoerd. Met behulp van deze analyse kunnen meerdere factoren tegelijk worden onderzocht. Bij deze analyse worden ook alle achtergrond kenmerken en verzorgingsgewoonten die bij het kopje 3.4 worden genoemd, onderzocht.

Met deze analyse kunnen beschermende factoren en risicofactoren worden bepaald en daarmee de invloed van deze factoren op het ontstaan van schedelvervorming. Bij de multivariate analyse zal dus een gecorrigeerde OR (aOR) worden berekend per variabele waarbij voor de factoren waarvan al bekend is dat ze van invloed zijn op het ontstaan van schedelvervorming, zoals geslacht, worden gecorrigeerd. Omdat de uitkomst van de afhankelijke variabele dichotoom is, zal de multivariate analyse worden gedaan met behulp van multiële logistische regressie.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de verschillende analyses worden besproken. Er zal eerst een overzicht worden gemaakt van de verdeling van de achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten van beide onderzoeken. Daarna zullen de risico's worden weergegeven in een tabel, en als laatste de verbanden na de correctie voor andere variabelen.

4.1 Achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten

In tabel 1 is de verdeling van de achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten gegeven van de cases en controles. Bij de eerste variabele, geslacht, is te zien dat er bij de controles een gelijke verdeling is. Bij de cases is te zien dat de populatie voor 64,1% uit jongens bestaat.

Voor de volgende variabele, primipariteit is te zien in de tabel dat de verdeling gelijk is. In beide groepen zijn ongeveer de helft van de kinderen ingedeeld.

Voor het geboortegewicht is er geen verschil tussen de cases en controles te zien in tabel 1 dus er lijkt niet een verband te zijn tussen het geboortegewicht en het hebben van een schedelvervorming.

De opleidingsniveaus van de ouders zijn meegenomen om te kijken of deze van invloed kunnen zijn op het ontstaan van schedelvervorming. Er is geen groot verschil te zien tussen de cases en de controles.

Het hebben van een voorkeurshouding is een van de belangrijkste voorspellers voor het ontstaan van schedelvervorming. Er is een groot verschil te zien tussen beide groepen, bij de controles heeft 78,8% geen voorkeurshouding en bij de cases is dit 7,0%.

Bij de factor, het slapen op de rug, zijn er geen grote verschillen te zien tussen de cases en de controles. Er is een klein verschil tussen het op de rug slapen bij de cases en de controles, de prevalentie is bij de cases 7,2% hoger.

Er zijn verschillen te zien bij de factor op de buik liggen overdag. Bij de controles is er een groot gedeelte waarvan de gegevens missen. Bij de categorie 11-20 minuten is er een groot percentageverschil te zien tussen de cases en controles.

Bij het gebruik van een Maxi-Cosi zijn ook verschillen te zien in de frequentieverdeling. Er zijn minder kinderen bij de cases die meer dan 2 uur per dag in een Maxi-Cosi zitten dan bij de controles. Ook is de groep kinderen die minder dan een half uur per dag in de Maxi-Cosi zit, groter bij de cases dan bij de controles.

Het soms of altijd inbakeren van de baby is bij de cases iets hoger dan bij de controles.

Tabel 1: Frequentieverdeling achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten van de cases (HEADS) en de controles (Peiling veilig slapen).

	Kinderen met schedelvervorming (n= 582)	%	Kinderen zonder schedelvervorming (n=490)	%
<u>Geslacht</u>				
1. Jongen	373	64,1	244	49,9
2. Meisje	209	35,9	245	50,1
<u>Primipariteit</u>				
1. Eerstgeborene	291	50,8	251	51,4
2. Niet eerstgeborene	282	49,2	237	48,6
<u>Geboortegewicht</u>				
1. Zeer laag <1499	0	0,0	4	0,8
2. Laag 1500-2499	29	5,0	21	4,4
3. Normaal 2500>	550	95,0	457	94,8
<u>Hoogste opleiding vader</u>				
1. Basisonderwijs	12	2,3	11	2,3
2. VMBO, MAVO, VBO, LBO, MBO- 1	132	25,0	99	20,6
3. HAVO, VWO, MBO	218	41,3	152	31,7
4. HBO, WO- bachelor	137	25,9	152	31,7
5. Wo- doctoraal/master	29	5,5	66	13,8
<u>Hoogste opleiding moeder</u>				
1. Basisonderwijs	17	3,1	7	1,4
2. VMBO, MAVO, VBO, LBO, MBO- 1	112	20,7	78	16,1
3. HAVO, VWO, MBO	221	40,9	159	32,8
4. HBO, WO- bachelor	159	29,4	178	36,7
5. Wo- doctoraal/master	32	5,9	63	13,0
<u>Voorkeurshouding</u>				
1. Nee	40	7,0	383	78,8
2. Ja, naar rechts	335	58,4	64	13,2
3. Ja, naar links	198	34,6	39	8,0
<u>Slapen op de rug</u>				
1. Overwegend op de rug	522	90,0	405	82,8
2. Wisselend op de	22	3,8	57	11,7

<i>rug, zij of buik</i>				
3. Overwegend anders	36	6,2	27	5,5
<u>Buikliggen overdag (niet om te slapen)</u>				
1. Nooit	27	4,6	55	13,4
2. 0-10 min per dag	297	51,1	215	52,6
3. 11-20 min per dag	184	31,7	93	22,7
4. 21-30 min per dag	5	0,9	31	7,6
5. 30+ min per dag	68	11,7	15	3,7
<u>Gebruik Maxi-Cosi</u>				
1. <Half uur per dag	250	43,2	148	30,3
2. 30 min tot 120 min per dag	290	50,1	285	58,4
3. >120 min per dag	39	6,7	55	11,3
<u>Inbakeren</u>				
1. Niet inbakeren	473	81,4	422	86,3
2. Altijd inbakeren tijdens slapen	56	9,6	32	6,5
3. Soms inbakeren tijdens slapen	52	9,0	35	7,2

4.2 Verband achtergrondkenmerken en verzorgingsgewoonten

Tabel 2 geeft een overzicht van de associaties tussen de achtergrondkenmerken en risicofactoren enerzijds en schedelvervorming anderzijds. Voor elk kenmerk of risicofactor wordt de oddsratio (met 95% BI) voor het hebben van schedelvervorming weergegeven en de p-waarde voor het verband. Als de oddsratio (OR) boven de 1 ligt kan er gesproken worden van een risicofactor, mits de p-waarde onder de 0,05 ligt. Ligt de OR onder de 1, dan wordt er gesproken van een beschermende factor. Als de p-waarde onder de 0,05 is kan er gesproken worden van een significant verschil voor de gevonden associatie. Bij primipariteit, opleidingsniveau voor beide ouders en geboortegewicht is de p-waarde hoger dan 0,05, dus is er geen significant verband tussen deze variabelen en schedelvervorming. Echter voor het gemiddelde opleidingsniveau van de moeder en vader is de OR respectievelijk 1,75 en 1,88, deze zijn wel significant.

Opvallend is de waarde bij voorkeurshouding, hier is te zien dat de OR 43,68 is. Dit is een erg hoge OR en dit betekent dat het hebben van een voorkeurshouding een hele belangrijke risicofactor is voor het hebben van een schedelafplatting. De kans op een schedelafplatting voor kinderen met een voorkeurshouding is dus 43,68 keer zo groot als voor kinderen zonder een voorkeurshouding.

Daarnaast zijn het mannelijk geslacht, een laag of gemiddeld opleidingsniveau van de ouders, het overwegend slapen op de rug en het inbakeren van een kind risicofactoren voor het hebben van een schedelvervorming. Dit is te zien aan de OR, die ligt boven de 1. Het op de buik liggen overdag heeft een OR lager dan 1, er kan dus bij deze factor worden geconcludeerd dat dit beschermende factor is. Het verband tussen het gebruik van een Maxi-Cosi en een schedelafplatting net niet significant te noemen. Er kan dus voor deze factor niet worden geconcludeerd dat deze beschermend is.

Tabel 2: Achtergrondkenmerken, risicofactoren en de relatie met een schedelafplatting

	Cases n (%)	Control es n (%)	Missing (n)	OR afplatting (95% BI)	P- waarde	Onder grens	Boven grens
<u>Geslacht</u> <i>Jongen</i>	373 (64,1%)	244 (49,9%)	1	1,74	0,00	1,36	2,22
<u>Primipariteit</u> <i>Eerstgeborene</i>	291 (50,8%)	251 (51,4%)	11	0,96	0,73	0,75	1,22
<u>Geboortegewicht</u> <i>Laag en zeer laag</i>	29 (5,0%)	25 (5,2%)	11	0,95	0,85	0,55	1,64
<u>Opleiding moeder</u> <i>Laag</i>	129 (23,8%)	85 (17,5%)	46	1,09	0,61	0,78	1,54
<i>Gemiddeld</i>	221 (40,9%)	159 (32,8%)		1,75	0,00	1,33	2,32
<i>Hoog</i>	191 (35,3%)	241 (49,7%)		-	-	-	-
<u>Opleiding vader</u> <i>Laag</i>	144 (27,3%)	110 (22,9%)	64	0,91	0,58	0,66	1,26
<i>Gemiddeld</i>	218 (41,3%)	152 (31,7%)		1,88	0,00	1,41	2,51
<i>Hoog</i>	166 (31,4%)	218 (45,4%)		-	-	-	-
<u>Voorkeurshouding</u> <i>Ja</i>	533 (93%)	103 (21,2%)	13	43,68	0,00	29,30	65,14
<u>Slapen op de rug</u> <i>Overwegend rug</i>	522 (90,0%)	405 (82,8%)	3	1,97	0,00	1,36	2,83
<u>Buikliggen overdag 0-10 min per dag en nooit</u>	324 (55,7%)	270 (66,0%)	82	0,72	0,01	0,55	0,93

<u>Gebruik Maxi-Cosi</u> <i>>120 min per dag</i>	39 (6,7%)	55 (11,3%)	5	0,65	0,05	0,43	1,01
<u>Inbakeren</u> <i>Altijd en soms</i>	108 (18,6%)	67 (13,7%)	2	1,42	0,04	1,02	1,97

4.3 Verbanden na multivariate analyse

Tabel 3 geeft een overzicht van de associaties na de correctie voor andere variabelen.

De factoren opleiding van de ouders en het op de buik leggen overdag om te spelen zijn niet meegenomen in de multivariate analyse. Het opleidingsniveau van de ouders kan niet worden meegenomen in deze analyse. Het overdag op de buik liggen om te spelen is niet meegenomen in deze analyse omdat er een te groot verschil was in de meetmethode voor deze variabele in de verschillende vragenlijsten.

Met de andere factoren is vervolgens een multivariate analyse uitgevoerd om een betere voorspelling te kunnen doen voor het ontstaan van schedelvervorming.

In tabel 3 zijn de gegevens voor de correctie en na de correctie vinden. Uit de meervoudige logistische regressie is naar voren gekomen dat het mannelijk geslacht net als bij de bivariate analyse een risicofactor is voor het ontstaan van schedelvervorming.

Voor primipariteit is er een verschil te zien in de p-waarde en de OR tussen de twee verschillende analyses. Er kan nog steeds niet worden geconcludeerd dat primipariteit een voorspeller is voor het ontstaan van schedelvervorming, het verband is nog steeds niet significant.

De voorkeurshouding is bij de multivariate analyse, net als bij de bivariate analyse, nog steeds een belangrijke voorspeller voor het ontstaan van een schedelvervorming. Ten opzichte van de enkelvoudige regressie analyse is de OR iets gestegen.

Na de correctie voor andere variabelen is het overwegend op de rug slapen nog steeds een risicofactor voor het krijgen van een schedelvervorming. De OR is gestegen van 1,97 naar 2,32. Dit betekent dat na de correctie voor andere variabelen het risico is verhoogd.

Het gebruik van een Maxi-Cosi (meer dan 30min per dag) is na de correctie een minder beschermende factor voor het krijgen van een schedelafplatting; de oddsratio is veranderd van 0,65 naar 0,81. Het Maxi-Cosi gebruik was in de eerste analyse net niet significant en is na de correctie voor de andere variabelen nog minder significant geworden.

In de enkelvoudige logistische regressie analyse is te zien dat inbakeren een risicofactor is voor het ontstaan van een schedelvervorming. Na de correctie voor de andere variabelen blijkt dat inbakeren geen risicofactor is voor het krijgen van een schedelvervorming.

Uit de analyse komt naar voren dat na de correctie voor de overige variabelen alleen het mannelijk geslacht, het hebben van voorkeurshouding en het overwegend op de rug slapen een significant verband hebben op het ontstaan van een schedelvervorming.

Tabel 3: Gecorrigeerde oddsratio's (aOR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) voor schedelvervorming op basis van bivariate analyse en multipele regressie

	Missing (n)	OR op basis van Bivariate analyse (95% BI)	P- waarde	aOR op basis van Multivariate analyse (95% BI)	P- waarde
<u>Geslacht</u> <i>Jongen</i>	1	1,74 (1,36 - 2,22)	0,00	1,62 (1,14 – 2,30)	0,01
<u>Primipariteit</u> <i>Eerstgeborene</i>	11	0,96 (0,75 – 1,22)	0,73	0,82 (0,58 – 1,17)	0,28
<u>Geboortegewicht</u> <i>Laag en zeer laag</i>	11	0,95 (0,55 – 1,64)	0,85	0,58 (0,29 – 1,18)	0,13
<u>Voorkeurshouding</u> <i>Ja</i>	13	43,68 (29,30 – 65,14)	0,00	44,30 (29,30 – 66,99)	0,00
<u>Rugslapen</u> <i>Overwegend op de rug</i>	3	1,97 (1,36 – 2,83)	0,00	2,32 (1,42 – 3,81)	0,00
<u>Gebruik Maxi-cosi</u> <i>>120 min per dag</i>	5	0,65 (0,43 – 1,01)	0,05	0,81 (0,44 – 1,51)	0,51
<u>Inbakeren</u> <i>Altijd en soms</i>	2	1,42 (1,02 – 1,97)	0,04	1,21 (0,76 – 1,93)	0,42

5. Conclusie en Discussie

In dit patiënt-controle-onderzoek onderzochten wij de vraag: 'Welke verzorgingsgewoonten gedurende de eerste 4 maanden zijn risicofactoren voor de aanwezigheid van een schedelvervorming bij baby's?'. Daarvoor werden de gegevens van 582 kinderen met een schedelvervorming en 490 kinderen zonder schedelvervorming geanalyseerd.

Uit de analyse is naar voren gekomen dat geslacht inderdaad een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van een schedelvervorming. Bij de meervoudige logistische regressie kwam naar voren dat dit een risicofactor is voor het ontstaan van een schedelafplatting, hierbij heeft een jongen 1,62 keer zo grote kans. Een veel genoemde risicofactor voor het ontstaan van schedelvervorming is het mannelijk geslacht (3), dit komt overeen met de literatuur

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er geen relatie is tussen schedelvervorming en pariteit. Een andere belangrijke risicofactor genoemd in de literatuur is de primipariteit, hierbij zou de eerstgeborene een grotere kans hebben op een schedelvervorming (5). Dit weerspreekt de literatuur op dit gebied.

Bij deze factor is net als bij primipariteit geen significant verschil aangetroffen tussen de beide groepen. Kinderen met een laag geboortegewicht hebben volgens de literatuur een grotere kans op het ontstaan van een schedelvervorming (9). Dit onderzoek weerspreekt de literatuur op dit gebied.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat ouders met een gemiddelde of een lage opleiding een hogere kans hebben op het krijgen van een schedelvervorming. De opleiding is uiteindelijk niet meegenomen in de multivariate analyse omdat er teveel data was met ontbrekende gegevens, dit komt mogelijk door het samenvoegen van de twee datasets. Dit geldt alleen voor de variabele opleidingsniveau ouders.

In veel onderzoeken wordt de opleiding van de ouders meegenomen in de analyse. Bij dit onderzoek is het van belang om dit ook mee te nemen, de sociaal economische status van de ouders zou namelijk van invloed kunnen zijn op de verzorgingsfactoren. In de literatuur is dit niet genoemd als factor om rekening mee te houden maar toch is er voor gekozen om het mee te nemen in de bivariate analyse van dit onderzoek.

In de multi-pele logistische regressie analyse voor de relatie van een voorkeurshouding met schedelvervorming kwam een waarde van 44,30, iets hoger dan bij de bivariate analyse. Het hebben van een voorkeurshouding is in de literatuur vaak genoemd als een risicofactor voor het krijgen van een schedelvervorming (13). Met dit onderzoek kan worden bevestigd dat dit inderdaad een belangrijke factor is voor het ontstaan van een schedelvervorming. Net als bij geslacht wordt hierbij de literatuur bevestigd door dit onderzoek.

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat kinderen die overwegend op de rug slapen een significant hoger risico hebben op het ontstaan van schedelvervorming. Na de correctie voor de andere variabelen is deze waarde gestegen naar 2,32, dit betekent dat de kans op een schedelvervorming na de correctie is gestegen. In de JGZ-richtlijn is het advies gegeven om kinderen op de rug te slapen te leggen, maar overdag onder toezicht frequent op de buik leggen om te spelen (5). Hiermee kan de literatuur nogmaals worden bevestigd.

Na de correctie voor de andere variabelen is er geen significant verschil te vinden tussen het inbakeren en het ontstaan van schedelvervorming. Als een kind vaak wordt ingebakerd, wordt de bewegingsvrijheid beperkt. Uit de literatuur is gebleken dat kinderen die regelmatig worden ingebakerd een verhoogde kans hebben op het ontstaan van een schedelvervorming (8). Met deze resultaten van dit onderzoek is er geen verband gevonden tussen inbakeren en het hebben van een schedelvervorming.

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen die meer dan 4 uur per dag in een kinderzitje zitten, een grotere kans hebben op het ontstaan van een schedelvervorming. Bij de verschillende gebruikte vragenlijsten was er een verschil in de vraag over het gebruik van een kinderzitje. Bij de peiling was er optie voor meer dan 4 uur per dag, terwijl dit bij de HEADS vragenlijst meer dan 2 uur was. Omdat deze categorieën niet goed overeenkomen en niet aansluiten bij de literatuur, is het lastig om hier een uitspraak over te doen. De gevonden oddsratio, 0,65, geeft aan dat het gebruik van een kinderzitje (meer dan 2 uur per dag) een beschermende factor is voor het krijgen van een schedelvervorming. Het zou echter zo kunnen zijn dat een groot deel van de groep die in deze categorie viel, tussen de 2 en 4 uur in een kinderzitje zat. Daarnaast kan er niet worden gesproken van een significant verband. Bij de meervoudige regressie analyse is het verband nog steeds niet significant en kan daarom nog steeds niet worden geconcludeerd of het gebruik van een Maxi-cosi van invloed is op het ontstaan van een schedelvervorming. Uit de literatuur blijkt wel dat het veelvuldig gebruik van een kinderzitje (meer dan 4 uur per dag) een risicofactor is voor het hebben van een schedelvervorming (7). Deze risicofactor kan niet worden bevestigd met dit onderzoek.

In het HEADS onderzoek is er gevraagd aan de ouders hoe vaak zij hun kinderen per dag op de buik leggen en hoeveel minuten per keer. In de peiling is deze vraag anders gesteld, hier wordt alleen gekeken naar een gemiddelde per dag. In de enkelvoudige regressie analyse is naar voren gekomen dat dit niet zo is. In de peiling veilig slapen zijn de categorieën anders opgedeeld dan voor dit onderzoek eigenlijk nodig was geweest. In het HEADS onderzoek is wel gebruik gemaakt van een categorie maximaal 5 minuten per dag, bij de peiling is dit 0-10 minuten per dag. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat het op de buik liggen overdag daadwerkelijk een beschermende factor is. Daarvoor zou eerst een onderzoek moeten worden uitgevoerd waar de categorieën bij de cases en controles overeenkomen.

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat het meer dan 5 minuten op de buik liggen overdag een beschermende factor is voor het krijgen een schedelvervorming (3), maar kan met dit onderzoek niet worden bevestigd.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een patiënt-controle-onderzoek volgt relevante gebeurtenissen niet maar kijkt juist terug in de tijd, dat maakt een patiënt-controle-onderzoek minder betrouwbaar (2). Het uitgevoerde onderzoek is een retrospectief onderzoek, hierbij wordt er van de ouders gevraagd om antwoord te geven over verzorgingsgewoonten van 2 weken terug. Vaak kunnen zij zich dit niet meer perfect herinneren en wordt er verkeerde informatie aan de onderzoekers doorgegeven.

Daarnaast is het mogelijk dat er bij de cases sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven op de vraag of zij hun kind regelmatig op de buik leggen om te spelen. Vaak is er bij ouders met kinderen met schedelvervorming al veel voorafgegaan om dit te verhelpen. Deze ouders zijn dan ook ingelicht over welke factoren een schedelvervorming zouden kunnen voorkomen en zullen ook geneigd zijn om een sociaal wenselijk antwoord te geven.

Omdat er een groot verschil was in de vraagstelling van beide vragenlijsten omtrent de factor op de buik liggen overdag, is er geen conclusie te trekken over het verband van deze variabele met schedelvervorming. In de analyse is naar voren gekomen dat het nooit of kort op de buik liggen om te spelen een beschermende factor zou zijn. Dit komt echter niet overeen met de geschreven literatuur over schedelvervorming. In de literatuur staat dat als baby's regelmatig overdag op de buik liggen om te spelen, het een beschermende factor is (3). Als deze vraagstelling overeen was gekomen was het wel mogelijk om goede conclusies te trekken.

Aanbevelingen

Als er een prospectief onderzoek uitgevoerd zou worden kunnen de kinderen met en zonder schedelvervorming worden gevolgd en kunnen de vragen met betrekking tot de verzorgingsgewoonten beter beantwoordt worden. Kinderen worden gevolgd voordat ze wel of niet een schedelvervorming ontwikkelen en zo kunnen de risicofactoren beter worden vastgesteld. Hier zou het bijvoorbeeld een mogelijkheid zijn om de ouders elke week met de onderzoekers te laten communiceren over de afgelopen week. Dit zou via de telefoon kunnen of door een wekelijkse meeting met de onderzoekers. Ook is het een mogelijkheid om de ouders een dagboek bij te laten houden over de verzorgingsgewoonten, hierin houden zij bij in welke houdingen het kind wordt gelegd.

Conclusie

De resultaten van de multivariate analyse laten zien dat de factor rugligging een onafhankelijke risicofactor is voor schedelvervorming. Bij de verzorgingsgewoonte rugligging is er een sterk verband gevonden tussen overwegend op de rug slapen en het ontstaan van een schedelafplatting. Bij beide uitgevoerde analyses is naar voren gekomen dat er een significant verband is tussen rugligging en schedelafplatting.

Als de factor Maxi-Cosi gebruik individueel wordt bekeken is er niet sprake van een significant verband, waarbij het als beschermende factor optreedt. Als er gecorrigeerd wordt voor andere variabelen wordt deze significantie verder verkleind. Hieruit valt te concluderen dat Maxi-Cosi gebruik geen risicofactor is voor het krijgen van een schedelafplatting.

Bij het inbakeren is er een significant individueel verband gevonden als risicofactor voor het ontstaan van schedelafplatting. Echter wordt dit in de meervoudige regressie analyse ongedaan gemaakt. Dit suggereert dat overige factoren deze invloed overschaduwden.

Daarom kan niet worden gesteld dat inbakeren een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van schedelvervorming.

Met dit onderzoek zijn er enkele factoren uit de literatuur die kunnen worden bevestigd, waardoor deze verbanden nog sterker onderbouwd worden.

7. Afkortingen

DP: deformatieve plagiocefalie

DB: deformatieve brachycefalie

DS: deformatieve scafocefalie

PCM: Plagiocefaliemetrie

ODDI: Oblique Diameter Difference Index

CPI: Cranio Proportional Index

JGZ-Richtlijn: Jeugdgezondheidszorg-richtlijn

HEADS onderzoek: Helmet Therapy Assessment in Deformed Skulls-onderzoek

8. Literatuurlijst

1. Boere-Boonekamp MM, van der Linden-Kuiper LL. Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*. 2001;107(2):339-43.
2. Bouter LM, Van Dongen MCJM, Zielhuis GA. Epidemiologisch onderzoek. 6 ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. 314 p.
3. Hutchison BL, Hutchison LA, Thompson JM, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics*. 2004;114(4):970-80.
4. Hutchison BL, Thompson JM, Mitchell EA. Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: a case-control study. *Pediatrics*. 2003;112(4):e316.
5. Jeugdgezondheid NC. Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. *JGZ*. 2012:76.
6. L'Hoir MP, Groothuis-Oudshoorn CGM, Scheltes M, van Sleuwen BE, Boere-Boonekamp MM. Tiende Peiling Veilig Slapen. *JGZ*. 2013(2):8.
7. Littlefield TR, Kelly KM, Reiff JL, Pomatto JK. Car Seats, Infant Carriers, and Swings: Their Role in Deformational Plagiocephaly. *American Academy of Orthotists and Prosthetists*. 2003;15(3):5.
8. Looman WS, Flannery AB. Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, Part I: assessment and diagnosis. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2012;26(4):242-50; quiz 51-3.
9. McKinney CM, Cunningham ML, Holt VL, Leroux B, Starr JR. A case-control study of infant, maternal and perinatal characteristics associated with deformational plagiocephaly. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2009;23(4):332-45.
10. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002;110(6):e72.
11. Revalidatie DH. Schedelvervorming en helmtherapie.
12. Statistiek CBvd. Geboortegewicht iets toegenomen 2007. Available from: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-90090-wk.htm>
13. van Vlimmeren LA, Helders PJM, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Engelbert RHH. Zuigelingenasymmetrie; voorkeurshouding en deformatieve plagiocefalie. *JGZ*. 2009:7.

14. van Vlimmeren LA, Takken T, van Adrichem LN, van der Graaf Y, Helders PJ, Engelbert RH. Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. *European journal of pediatrics*. 2006;165(3):149-57.
15. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, M.P. LH, Helders PJ, Engelbert RHH. Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*. 2007;119(2):e408-18.
16. van Wijk RM, van Til JA, Groothuis-Oudshoorn CG, L'Hoir M P, Boere-Boonekamp MM, Ijzerman MJ. Parents' decision for helmet therapy in infants with skull deformation. *Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*. 2014.
17. van Wijk RM, van Vlimmeren LA, Groothuis-Oudshoorn CG, Van der Ploeg CP, Ijzerman MJ, Boere-Boonekamp MM. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomised controlled trial. *Bmj*. 2014;348:g2741.
18. Veiligheid.nl. Wiegendood. Available from: <http://www.veiligheid.nl/tips-en-advies/wiegendood>.

9. Bijlages

Bijlage 1 Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011 vragenlijst

Vragenlijst 2010/2011



Landelijke Peiling Veilig Slapen 2010/2011



VRAGENLIJST

1. Datum waarop deze vragenlijst wordt ingevuld	/...../.....
2. Wat is de geboortedatum van uw kind?	/...../.....
3. Wat is het geslacht van uw kind?	☐ jongen ☐ meisje
4. Het hoeveelste kind is dit van deze moeder?	☐ eerste kind ☐ tweede kind ☐ derde kind of hoger
5. Wat was het geboortegewicht?	 gram ☐ onbekend
6. In welke houding is uw kind in de laatste 4 weken 's nachts te slapen gelegd?	☐ gewoonlijk op de rug ☐ gewoonlijk op een zij ☐ gewoonlijk op de buik ☐ wisselend op de rug en een zij ☐ wisselend op de rug en de buik ☐ wisselend op een zij en de buik ☐ wisselend op de rug en de buik en een zij
7. In welke houding is uw kind in de laatste 4 weken overdag te slapen gelegd?	☐ gewoonlijk op de rug ☐ gewoonlijk op een zij ☐ gewoonlijk op de buik ☐ wisselend op de rug en een zij ☐ wisselend op de rug en de buik ☐ wisselend op een zij en de buik ☐ wisselend op de rug en de buik en een zij
8. Waarmee werd uw kind de afgelopen nacht toegedekt? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ deken(s) met laken ☐ deken in een (dekbed)hoes ☐ dekbed ☐ slaapzak, trappelsak ☐ anders, namelijk: ☐ onbekend
9. Slaapt uw kind gewoonlijk met een hoofdkussen(tje)?	☐ nee ☐ ja ☐ onbekend
10. Wordt uw kind met een fopspeen te slapen gelegd?	☐ nee ☐ ja, maar niet tijdens elke slaap ☐ ja, tijdens elke slaap ☐ onbekend
11. Slaapt uw kind 's nachts gewoonlijk	
a) op een kamer zonder ouder?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
b) op de ouderslaapkamer in een eigen bed?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
c) bij 1 of beide ouders in bed?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend
12. Bent u in de laatste 4 weken wel eens samen met uw kind in slaap gevallen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja ☐ in bed ☐ op de bank ☐ op een stoel ☐ op een andere plek, namelijk

13. Maakte u de laatste 7 dagen gebruik van een crèche of oppasadres? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ ja, van een crèche:uur in de week ☐ ja, van een oppasadres: uur in de week ☐ ja, van een familielid:uur in de week ☐ nee ☐ onbekend
14. Wordt er gebruik gemaakt van hulpmiddelen om uw kind in een gewenste slaaphouding te fixeren?	☐ nee ☐ ja, namelijk ☐ wiggens ☐ rolletjes ☐ riem door slaapzak ☐ safe-T-sleep / Snoozzz ☐ anders, namelijk
15. Gebruikt u gewoonlijk een box voor uw kind?	☐ nee ☐ ja, om te spelen ☐ ja, om te spelen én te slapen
16. Hoeveel tijd zit uw kind gemiddeld per dag in een wipstoel of maxi-cosi? <i>Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen?</i>	☐ minder dan een half uur ☐ tussen een half uur en 2 uur ☐ tussen 2 en 4 uur ☐ meer dan 4 uur
17. Hoe lang ligt uw kind gemiddeld per dag onder toezicht op de zij of de buik om te spelen? <i>Wilt u alstublieft alle keren per dag bij elkaar optellen?</i> <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nooit op de zij of de buik ☐ op de zij gemiddeld 0-10 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld 11-20 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld 21-30 minuten per dag ☐ op de zij gemiddeld meer dan 30 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 0-10 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 11-20 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld 21-30 minuten per dag ☐ op de buik gemiddeld meer dan 30 minuten per dag
18. Is bij uw kind een voorkeurshouding vastgesteld? Voorkeurshouding betekent dat het kind of met het hoofd steeds naar links of steeds naar rechts gedraaid ligt.	☐ nee ☐ ja, met het hoofd naar rechts gedraaid (vanuit het kind gezien) ☐ ja, met het hoofd naar links gedraaid (vanuit het kind gezien)
19. Is bij uw kind een afplatting van het hoofd vastgesteld? <i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	☐ nee ☐ ja, aan achterzijde van het hoofd, vanuit het kind gezien ☐ midden achter ☐ rechts achter ☐ links achter ☐ ja, aan de voorzijde van het hoofd, vanuit het kind gezien ☐ rechts voor ☐ links voor
20. Wordt uw kind gewoonlijk ingebakerd tijdens het slapen?	☐ nee ☐ ja, zowel 's nachts als overdag ☐ onbekend ☐ ja, alleen 's nachts ☐ ja, alleen overdag
21. Van wie heeft u het inbakeren geleerd?	☐ van een medewerker van het consultatiebureau ☐ zelf geleerd uit een boekje, namelijk (titel) ☐ van iemand anders, namelijk ☐ op een andere manier, namelijk

22. Hoe oud was uw kind toen u begon met inbakeren?	 weken	☐ niet van toepassing
23. Hoe oud was uw baby toen u gestopt bent met inbakeren?	 weken/maanden	☐ nog niet gestopt ☐ niet van toepassing
24. Is uw kind wel eens naar de buik gedraaid terwijl hij/zij ingebakerd was?	☐ nee, nooit ☐ ja, voor het eerst op de leeftijd van maanden ☐ niet van toepassing	
25. Welke melkvoeding krijgt uw kind op dit moment?	☐ uitsluitend borstvoeding ☐ zowel borstvoeding als kunstvoeding ☐ uitsluitend kunstvoeding ☐ anders.....	
26. Rookt moeder / vader?	Moeder ☐ nee ☐ ja, gemiddeldsigaretten per dag ☐ onbekend	Vader ☐ nee ☐ ja, gemiddeldsigaretten per dag ☐ onbekend
27. Hoeveel glazen met alcohol heeft u gisteravond gedronken?	Moeder glazen	Vader glazen
28. Tot welke etnische groepering rekenen de ouders zichzelf?	Moeder ☐ Nederlands ☐ Marokkaans ☐ Antilliaans ☐ Turks ☐ Surinaams ☐ Zuid Europees (Grieks, Italiaans, etc.) ☐ Overig, namelijk:	Vader ☐ Nederlands ☐ Marokkaans ☐ Antilliaans ☐ Turks ☐ Surinaams ☐ Zuid Europees (Grieks, Italiaans, etc.) ☐ Overig, namelijk:
29. Welke is de hoogst afgemaakte opleiding?	Moeder ☐ Basisonderwijs ☐ VMBO, MAVO, VBO, LBO, MBO-1 ☐ HAVO, VWO, MBO ☐ HBO, WO-bachelor ☐ WO-doctoraal/master	Vader ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

De Stichting Wiegedood, de Landelijke Werkgroep Wiegedood en TNO Kwaliteit van Leven zijn ouders en consultatiebureau medewerkers zeer erkentelijk voor hun medewerking!

Opmerkingen n.a.v. deze vragenlijst:

Bijlage 2 HEADS vragenlijst



30621
HEADSmt09



HEADS

Vragenlijst voor ouders van een
kind met een voorkeurshouding
en/of scheefheid van het hoofd



Invulinstructie

- Invullen met een zwarte (eventueel blauwe) viltstift, balpen of pen.
- Maak een gekozen vlakje goed zwart (zie de voorbeelden hiernaast)
- Als er bij een vraag meerdere antwoordmogelijkheden zijn, maak dan 1 van de rondjes zwart, tenzij anders staat aangegeven

Zo invullen:



niet zo:



U hebt u opgegeven om met uw kind mee te werken aan een onderzoek naar voorkeurshouding en/of scheefheid van het hoofd bij zuigelingen. Deze vragenlijst vormt een onderdeel van dit onderzoek. De vragenlijst gaat over uw kind, de bevalling, voeding- en verzorgingsgewoontes en tot slot volgen een paar algemene vragen.

Het is de bedoeling dat een van de ouders onderstaande vragen beantwoordt. Wij kunnen ons voorstellen dat er andere opvoedingssituaties zijn (pleeggezin, grootouders, etc). Mocht dat bij u het geval zijn, dan zien wij graag dat de dagelijkse verzorger van het kind deze vragenlijst invult. Graag willen wij degene vragen die nu de vragenlijst invult, om als het kind 5 maanden oud is, een tweede vragenlijst in te vullen over de situatie op dat moment.

Het invullen van deze vragenlijst kost ongeveer 15 minuten.

Vragen over uw kind en de bevalling

Door middel van de volgende vragen willen we graag wat meer te weten komen over uw kind en hoe de bevalling is verlopen.

1. Wat is de geboortedatum van uw kind? (dag-maand-jaar invullen)
2. Wat is het geslacht van uw kind?
☐ Jongen
☐ Meisje
3. Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren?
weken
4. Wat was het geboortegewicht van uw kind?
gram
5. Wat was de geboortelengte van uw kind?
cm
6. Wat was de schedelomvang van uw kind? (zie Groeiboekje)
cm
7. Heeft u/heeft uw partner complicaties gehad tijdens de zwangerschap? U mag meerdere antwoorden zwart maken
☐ Nee
☐ Ja, zwangerschapsdiabetes
☐ Ja, hoge bloeddruk
☐ Ja, zwangerschapsvergiftiging
☐ Ja, anders, namelijk
8. Waar bent u/ls uw partner bevallen?
☐ Thuis / kraamhotel / ziekenhuis, niet vanwege een medische indicatie
☐ Ziekenhuis, wel vanwege medische indicatie
☐ Anders, namelijk
9. Hoe is de bevalling verlopen? U mag meerdere antwoorden zwart maken
☐ Normale bevalling
☐ Vacuümpomp
☐ Tangverlossing
☐ Keizersnede
☐ Anders, namelijk
10. Is uw kind na de bevalling opgenomen geweest in het ziekenhuis?
☐ Nee
☐ Ja, 1 - 2 dagen
☐ Ja, 3 - 7 dagen
☐ Ja, langer dan een week

kindcode

Vragen over uw kind en de bevalling (vervolg)

11. Heeft uw kind een of meerdere van de volgende gezondheidsproblemen? <i>U mag meerdere antwoorden aankruisen</i> ☐ Problemen met zien ☐ Problemen met horen ☐ Reflux (overmatig spugen, alleen aankruisen indien huisarts/kinderarts dit vastgesteld heeft) ☐ Een heupafwijking ☐ Aangeboren afwijking(en), namelijk
12. Hoeveel oudere broers heeft het kind? Het gaat alleen om kinderen van dezelfde moeder. ☐ Geen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 of meer
13. Heeft één van deze broers een voorkeurshouding of scheef hoofd gehad? ☐ Nee ☐ Ja ☐ Niet van toepassing (geen broers)
14. Hoeveel oudere zussen heeft het kind? Het gaat alleen om kinderen van dezelfde moeder. ☐ Geen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 of meer
15. Heeft één van deze zussen een voorkeurshouding of scheef hoofd gehad? ☐ Nee ☐ Ja ☐ Niet van toepassing (geen zussen)
16. Is u bij uw kind een voorkeurshouding opgevallen? ☐ Nee ☐ Ja, met het hoofd naar rechts gedraaid (vanuit het kind gezien) ☐ Ja, met het hoofd naar links gedraaid (vanuit het kind gezien)
17. Is u bij uw kind een afplatting van het hoofd opgevallen? <i>U mag meerdere antwoorden zwart maken</i> ☐ Nee ☐ Ja, aan de rechter-achterzijde van het hoofd (vanuit het kind gezien) ☐ Ja, aan de linker-achterzijde van het hoofd (vanuit het kind gezien) ☐ Ja, aan de linker-voorzijde van het hoofd (vanuit het kind gezien) ☐ Ja, aan de rechter-voorzijde van het hoofd (vanuit het kind gezien) ☐ Ja, aan de achterkant van het hoofd

Vragen over tevredenheid en zorgen

Graag willen wij van u horen hoe tevreden u bent over het uiterlijk van uw kind en of u zich zorgen maakt. De volgende vragen gaan hierover. De antwoorden kunnen worden gegeven op een 5-punts schaal van 'Helemaal niet tevreden' (1) tot 'Heel tevreden' (5), van 'Heel bezorgd' (1) tot 'Nauwelijks bezorgd' (5), of van 'Geen enkel effect' (1) tot 'Volledig herstel' (5). Wilt u het vakje behorend bij het antwoord dat het meest op u van toepassing is, zwart maken?

	Helemaal niet tevreden				Heel tevreden
18. Hoe tevreden bent u op dit moment over de vorm van het hoofd van uw kind?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Hoe tevreden bent u op dit moment over het gezicht van uw kind?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Hoe tevreden bent u op dit moment over de houding van uw kind?	☐	☐	☐	☐	☐
	Heel bezorgd				Nauwelijks bezorgd
21. Maakt u zich zorgen over de toekomst van uw kind?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Maakt u zich zorgen dat uw kind later gepest zal worden?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Maakt u zich zorgen dat uw kind later onzeker zal zijn vanwege zijn/haar uiterlijk?	☐	☐	☐	☐	☐

kindcode

Vragen over de houding van uw kind

Verzorgingsgewoontes kunnen van invloed zijn op het ontstaan van een voorkeurshouding en/of scheef hoofdje bij zuigelingen. Daarom een aantal vragen over de houding van uw kind in verschillende situaties.

37. Hoe legde u uw kind <u>in de eerste 2 weken</u> na de geboorte neer om te slapen?
☐ Overwegend op de rug ☐ Overwegend op de zij ☐ Overwegend op de buik ☐ Wisselend op de rug, zij of buik
38. Hoe legde u uw kind <u>vanaf de leeftijd van 2 weken</u> neer om te slapen?
☐ Overwegend op de rug ☐ Overwegend op de zij ☐ Overwegend op de buik ☐ Wisselend op de rug, zij of buik
39. Hoe lag uw kind <u>in de afgelopen maand</u> in bed als het op de rug lag?
☐ Het hoofd vrijwel altijd in de middenlijn ☐ Het hoofd afwisselend naar links en naar rechts gedraaid ☐ Het hoofd altijd naar dezelfde kant gedraaid, namelijk naar (gezien vanuit het kind): ☐ rechts ☐ links ☐ Ik weet het niet meer ☐ Niet van toepassing, mijn kind lag niet op de rug in bed
40. Op welke leeftijd hebt u uw kind voor het eerst even op de buik gelegd (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ In de eerste week ☐ In de tweede tot vierde week ☐ In de tweede maand ☐ In de derde of vierde maand ☐ Nog nooit op de buik gelegd
41. Hoe vaak legde u uw kind gedurende de afgelopen 2 weken op de buik (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ Soms, maar niet elke dag ☐ 1 à 2 keer per dag ☐ 3 à 5 keer per dag ☐ Meer dan 5 keer per dag ☐ Niet van toepassing
42. Hoe lang lag uw kind gemiddeld per keer op de buik gedurende de afgelopen 2 weken (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ Maximaal 5 minuten per keer ☐ Tussen 5 en 15 minuten per keer ☐ Tussen 15 en 30 minuten per keer ☐ Meer dan 30 minuten per keer ☐ Niet van toepassing
43. Op welke leeftijd hebt u uw kind voor het eerst even op de zij gelegd (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ In de eerste week ☐ In de tweede tot vierde week ☐ In de tweede maand ☐ In de derde of vierde maand ☐ Nog nooit op de zij gelegd
44. Hoe vaak legde u uw kind gedurende de afgelopen 2 weken op de zij (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ Soms, maar niet elke dag ☐ 1 à 2 keer per dag ☐ 3 à 5 keer per dag ☐ Meer dan 5 keer per dag ☐ Niet van toepassing
45. Hoe lang lag uw kind gemiddeld per keer op de zij gedurende de afgelopen 2 weken (<u>niet om te slapen</u>)?
☐ Maximaal 5 minuten per keer ☐ Tussen 5 en 15 minuten per keer ☐ Tussen 15 en 30 minuten per keer ☐ Meer dan 30 minuten per keer ☐ Niet van toepassing

kindcode

Vragen over de houding van uw kind (vervolg)

46. Hoe legde u uw kind in de afgelopen maand tijdens de verzorging neer? ☐ Recht vooruit ☐ Met het hoofd aan de linkerkant van de commode ☐ Met het hoofd aan de rechterkant van de commode ☐ Afwisselend
47. Uw baby krijgt nu kinderfysiotherapie in verband met een voorkeurshouding. Voordat u hiermee begon heeft u mogelijk andere therapieën en/of oefeningen uitgeprobeerd. Kunt u aangeven wat u zoal heeft geprobeerd? U mag meerdere antwoorden zwart maken ☐ Niets ☐ Verschillenden houdingen toegepast ☐ Zelf geoefend ☐ Stabilisatiekussen gebruikt overdag, wanneer wakker ☐ Stabilisatiekussen gebruikt bij het slapen ☐ Manuele therapie ☐ Osteopathie ☐ Chiropractie ☐ Anders, namelijk
48. Hoeveel minuten per dag verblijft uw baby in een wipstoel of maxi-cosi? A.u.b. alle keren per dag bij elkaar optellen. ☐ Minder dan een half uur ☐ Tussen een half uur en 2 uur ☐ Meer dan 2 uur
49. Wordt uw baby gewoonlijk ingebakerd? ☐ Nee ☐ Ja, tijdens alle slaapmomenten ☐ Ja, tijdens sommige slaapmomenten
50. Op welke wijze bakert u uw kind in? ☐ Van schouders tot en met de tenen (dus niet het hoofd) ☐ Van hoofd tot en met tenen (dus ook het hoofd) ☐ Alleen de benen ☐ Alleen de armen ☐ Anders ☐ Niet van toepassing
51. Op welke leeftijd bent u gestart met Inbakeren? ☐ In de eerste maand ☐ In de tweede maand ☐ In de derde of vierde maand ☐ Niet van toepassing
52. Hoe lang heeft u uw baby ingebakerd? ☐ 4 weken of minder ☐ 5 - 8 weken ☐ 9 - 16 weken ☐ Niet van toepassing

Achtergrondvragen

Graag willen wij u ook nog enkele achtergrondvragen stellen over u en uw partner. Deze vragen geven ons informatie af de groep mensen die meedoet aan dit onderzoek een goede weergave is van de Nederlandse samenleving.

Wanneer sprake is van 2 moeders of 2 vaders als verzorgers, graag een toelichting geven bij vraag 53 onder het kopje 'anders'. Bij vraag 55 tot en met 59, aanhouden dat 'moeder' wordt ingevuld door biologische ouder, en 'vader' door de partner.

53. Deze vragenlijst wordt ingevuld door: ☐ Moeder ☐ Vader ☐ Anders, namelijk
54. De datum waarop u deze vragenlijst invult is: (dag-maand-jaar invullen)
55. Wat is uw leeftijd en die van uw partner? leeftijd moeder jaar leeftijd vader jaar

kindcode

Achtergrondvragen (vervolg)

56. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond met een diploma en die van uw partner?	
moeder	vader
☐ Basisonderwijs	☐ Basisonderwijs
☐ VMBO, MAVO, VBO, LBO, MBO-1	☐ VMBO, MAVO, VBO, LBO, MBO-1
☐ HAVO, VWO, MBO	☐ HAVO, VWO, MBO
☐ HBO, WO-bachelor	☐ HBO, WO-bachelor
☐ WO-doctoraal/master	☐ WO-doctoraal/master
57. Wie zorgt er de meeste tijd voor uw kind?	
☐ Moeder	
☐ Vader	
☐ Vader en moeder evenveel	
☐ Anders, namelijk	
58. Wat is uw geboorteland en dat van uw partner?	
moeder	vader
☐ Nederland	☐ Nederland
☐ Turkije	☐ Turkije
☐ Marokko	☐ Marokko
☐ Suriname, Nederlandse Antillen/Aruba	☐ Suriname, Nederlandse Antillen/Aruba
☐ Ander land, namelijk	☐ Ander land, namelijk
59. Hoe lang wonen u en uw partner in Nederland?	
moeder	
☐ Vanaf de geboorte	☐ Vanaf de geboorte
☐ Niet het hele leven, nl. in totaal jaar	☐ Niet het hele leven, nl. in totaal jaar
60. Welke taal wordt het meest gesproken in uw gezin?	
☐ Nederlands	
☐ Turks	
☐ Marokkaans	
☐ Andere taal, namelijk	

Zelfbeoordelvingsvragenlijst*

Ten slotte vindt u hieronder een aantal uitspraken die mensen hebben gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak door en maak dan het bijbehorende bolletje rechts van die uitspraak zwart om daarmee aan te geven hoe u zich **in het algemeen** voelt. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geef uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft wat u **in het algemeen** voelt.

	Geheel niet	Een beetje	Tamelijk veel	Ze er veel
61. Ik voel me prettig	☐	☐	☐	☐
62. Ik voel me nerveus en onrustig	☐	☐	☐	☐
63. Ik voel me tevreden	☐	☐	☐	☐
64. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken	☐	☐	☐	☐
65. Ik voel me vrijwel in alles tekort schieten	☐	☐	☐	☐
66. Ik voel me uitgerust	☐	☐	☐	☐
67. Ik voel me rustig en beheerst	☐	☐	☐	☐
68. Ik voel dat de moeilijkheden zich opstapelen zodat ik er niet meer tegenop kan	☐	☐	☐	☐
69. Ik pieker teveel over dingen die niet zo belangrijk zijn	☐	☐	☐	☐
70. Ik ben gelukkig	☐	☐	☐	☐
71. Ik word geplaagd door storende gedachten	☐	☐	☐	☐
72. Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen	☐	☐	☐	☐
73. Ik voel me veilig	☐	☐	☐	☐
74. Ik voel me op mijn gemak	☐	☐	☐	☐
75. Ik ben gelijkmatig van stemming	☐	☐	☐	☐
76. Ik voel me tevreden	☐	☐	☐	☐
77. Er zijn gedachten die ik heel moeilijk kan loslaten	☐	☐	☐	☐
78. Ik neem teleurstellingen zo zwaar op dat ik ze niet van me af kan zetten	☐	☐	☐	☐
79. Ik ben een rustig iemand	☐	☐	☐	☐
80. Ik raak helemaal gespannen en in beroering als ik denk aan mijn zorgen van de laatste tijd	☐	☐	☐	☐

* Deze zelfbeoordelvingsvragenlijst is ontwikkeld door H.M. van der Ploeg, P.B. Defares en C.D. Spielburger en is auteursrechtelijk beschermd.

**Dit is het einde van de vragenlijst.
Hartelijk dank voor het invullen!**

kindcode