

**Opvoedgedrag en Opvoedstress bij Ouders van Kinderen tussen 2 en 6 Jaar met en
zonder ARFID**

Definitieve versie Thesis

Master's thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

L.V. Strijker (5907179)

Supervisor Marjolein Verhoeven

Second assessor Christel Portengen

31-05-2021

Approved by FETC

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek uitgevoerd in het kader van de masteropleiding Clinical Child, Family and Education Studies. Tijdens mijn bachelorstage bij SeysCentra kwam ik erachter dat er nog veel onbekendheid is rondom de eetstoornis Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Gesprekken hierover binnen SeysCentra met behandelaren, groepsbegeleiders en ouders hebben mijn enthousiasme met betrekking tot dit onderwerp versterkt. Met dank aan Eric Dumont, hoofd behandeling bij SeysCentra, is een samenwerking tussen SeysCentra en de Universiteit Utrecht tot stand gekomen, waardoor het voor mij mogelijk werd dit onderzoek te doen. Graag wil ik alle respondenten hartelijk danken voor hun inzet en deelname, zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk. Ook wil ik mijn docent Marjolein Verhoeven bedanken voor de fijne begeleiding gedurende het opzetten en uitwerken van dit onderzoek. Haar prettige en positieve manier van begeleiding en feedback heeft mij geholpen dit onderzoek uit te voeren en mijn onderzoeksvaardigheden te versterken. Tenslotte wil ik mijn omgeving bedanken voor hun steun de afgelopen maanden, in het bijzonder mijn vriend Maikel die mij alle ruimte en steun heeft geboden en mijn moeder Jet die ten alle tijden voor mij klaar stond.

Samenvatting

Waar voedingsproblemen veelvuldig worden geobserveerd bij jonge kinderen, ontwikkeld gemiddeld 3% van hen verstoord eetgedrag wat kan resulteren in de diagnose Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). In de literatuur worden opvoedgedrag en opvoedstress van ouders geassocieerd met verstoord eetgedrag in de kindertijd. Dit cross-sectionele onderzoek onderzocht de mate van disciplineren en opvoedstress bij 30 ouders ($N = 30$; 13 vaders, 17 moeders) van 17 kinderen tussen 2 en 6 jaar ($M = 51.5$, $SD = 14.59$; 82,4% jongen) die op de wachtlijst staan voor behandeling bij SeysCentra. Deze klinische groep werd vergeleken met een controlegroep bestaande uit 786 ouders ($N = 786$; 382 vaders, 404 moeders). Beide groepen ouders hebben vragenlijsten over hun opvoedgedrag en opvoedstress ingevuld. De resultaten geven significante verschillen weer tussen beide groepen; ouders in de klinische groep scoren significant hoger op positieve disciplineren en opvoedstress en significant lager op harde disciplineren dan ouders uit de controlegroep. Een moderatie-analyse wees tenslotte uit dat opvoedstress in beide groepen een positieve, significante voorspeller is voor harde disciplineren. Deze relatie bleek niet significant anders in de klinische versus controlegroep. Daarnaast werd opvoedstress voor de controlegroep als negatieve, significante voorspeller voor positieve disciplineren gevonden. Voor de klinische groep werd dit niet gevonden. Kortom blijkt dat ouders die meer opvoedstress ervaren, meer harde disciplineren gebruiken. Deze resultaten bieden aanknopingspunten voor ouderbegeleiding tijdens behandeling van ARFID, zodat aanpassingen gedaan kunnen worden in het belang van de ontwikkeling van het kind.

Trefwoorden: Positieve en Harde Disciplineren, Opvoedstress, ARFID, Controlegroep

Abstract

Where nutritional problems are frequently observed in young children, an average of 3% of these children develops disturbed eating behavior which can result in the diagnosis of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). In the literature, parenting behavior and parenting stress are associated with disturbed eating behavior in childhood. This cross-sectional study examined the degree of discipline and parenting stress in 30 parents ($N = 30$; 13 fathers, 17 mothers) of 17 children aged 2-6 years ($M = 51.5$, $SD = 14.59$) on the waiting list for treatment at SeysCentra. This group was compared with a control group consisting of 786 parents ($N = 786$; 382 fathers, 404 mothers). Both groups completed questionnaires about their parenting behavior and stress. The results indicate significant differences between both groups; parents in the clinical group score significantly higher on positive disciplining and parenting stress and significantly lower on hard disciplining. Finally, a moderation analysis showed that parenting stress in both groups is a positive, significant predictor of hard disciplining. This relationship was not significantly different in the clinical versus control group. In addition, parenting stress was found to be a negative, significant predictor for positive disciplining for the control group, but not for the clinical group. Shortly, it appears that parents who experience more parenting stress use more hard disciplining. These results provide indications for parental guidance during treatment of ARFID, so that adjustments can be made in the interest of the child's development.

Keywords: Positive and Hard Disciplining, Parenting Stress, ARFID, Control group

Opvoedgedrag en Opvoedstress bij Ouders van Kinderen tussen 2 en 6 jaar met en zonder ARFID

Voedingsproblemen, zoals (tijdelijk) selectief eten, worden veelvuldig geobserveerd bij jonge kinderen (Micali et al., 2016). Prevalentiecijfers verschillen van 25 tot 45% (Bryant-Waugh et al., 2010; Silverman, 2015) bij normaal ontwikkelende kinderen en kunnen oplopen tot 80% bij ontwikkelings-vertraagde kinderen (Goday et al., 2019). Onder pediatrische voedingsproblemen behoren extreme voedselweigering (restrictieve en/of selectieve voedselinname), zelfopgewekt braken, pica (niet voor consumptie bedoelde voorwerpen eten) of een ruminatiestoornis (ophalen en herkauwen van voeding; DSM-5: APA, 2013). Bij de meeste kinderen zijn voedingsproblemen tijdelijk van aard of verdwijnen na een medische interventie indien sprake van een lichamelijk gerelateerde oorzaak (zoals gastro-oesofageale reflux; Sharp et al., 2016). Uiteindelijk persisteert gemiddeld 3% van de kinderen in deze voedingsproblemen (Kurz et al., 2014), wat kan resulteren in de diagnose Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder ([ARFID]; APA, 2013). Het belangrijkste kenmerk van ARFID is dat de restrictie of vermijding van voedselinname zich kenmerkt door het niet kunnen voldoen aan de voedingsbehoeften of benodigde energie-inname (APA, 2013). Hierdoor kan sprake zijn van substantieel gewichtsverlies, voedingsdeficiënties en/of afhankelijkheid van sondevoeding/voedingssupplementen of een verstoring van het psychosociaal functioneren (APA, 2013; Brigham et al., 2018). Verstoord eetgedrag in de kindertijd kan lange tijd aanhouden en generaliseren naar andere ontwikkelingsgebieden, zoals motoriek, taalontwikkeling en psychopathologie (Bosch & Moens, 2014; Zimmerman & Fisher, 2017; Zucker et al., 2015).

Verschillende oorzaken kunnen debet zijn aan ARFID. Voorbeelden van kindfactoren zijn verhoogde sensitiviteit voor textuur vanwege autisme of een traumatisch verstikkingsincident (b.v. Cardona Cano et al., 2016). Naast kindfactoren spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol (Bryant-Waugh, 2010; Lukens & Silverman, 2014). Het voeden van heel jonge kinderen is immers een interactief proces: ouders bepalen waar, wanneer en wat het kind eet, het kind bepaalt wat het daadwerkelijk opeet (Bosch & Moens, 2014). Vanwege de aanzienlijke rol van ouders in de ontwikkeling van kinderen, voornamelijk in de vroege kindertijd (Collins et al., 2000), richt dit onderzoek zich op kinderen tussen 2 en 6 jaar. Zowel meer algemene als voedingsgerichte (specifieke) opvoedgedragingen zijn van invloed op ARFID, met name bij jonge kinderen (Arlinghaus et al., 2018).

Aangaande voedingsgericht opvoedgedrag worden doorgaans vier voedingsstijlen onderscheiden, die ieder een andere balans tussen responsiviteit en veeleisendheid t.a.v. voeding vertegenwoordigt (Frankel et al., 2014; Arlinghaus et al., 2018). *Responsieve voeders* zijn zeer responsief en veeleisend (Frankel et al., 2014); ze stellen duidelijke gedragsgrenzen tijdens maaltijden, modelleren gezond eetgedrag en signaleren en reageren adequaat op honger of verzadiging bij het kind (b.v. Kerzner et al., 2015; Pérez-Escamilla et al., 2017). Ze verzorgen een eetschema om eetlust op te wekken of belonen gewenst eetgedrag, wat resulteert in het meer eten van fruit, groenten en zuivelproducten door het kind (Patrick et al., 2005). *Controlerende voeders* kenmerken zich door lage responsiviteit en hoge veeleisendheid (Frankel et al., 2014), fysieke straf, inconsistentie en weinig toelichten van bijvoorbeeld regels (Hughes et al., 2005). Bepalen wat, hoeveel en wanneer het kind eet, leidt tot onvermogen bij het kind om een honger-/verzadigingsgevoel te signaleren, zwakke zelfregulatie met betrekking tot energie-inname (b.v. te veel eten indien voeding vrij beschikbaar is) en een lagere consumptie van fruit en groenten (Boucher, 2016; Corsini et al., 2018; Kerzner et al., 2015). *Toegeeflijke voeders* zijn zeer responsief en weinig veeleisendheid (Frankel et al., 2014). Ze voeden het kind wanneer en wat het kind eist, wat kan resulteren in het consumeren van minder gevarieerde voeding (Kerzner et al., 2015). Deze kinderen hebben een verhoogde kans op overgewicht (Hughes et al., 2005). *Nalatige voeders* tonen tenslotte weinig veeleisendheid en responsiviteit (Frankel et al., 2014). Verantwoordelijkheidsgevoel voor het voeden van het kind ontbreekt waardoor ze kunnen falen in het bieden van voeding of het stellen van grenzen, wat groeien of aankomen weerhoudt (Kerzner et al., 2015). Bovenstaande geeft de relatie weer tussen voedingsgericht opvoedgedrag en verstoord eetgedrag, maar zijn er ook verbanden tussen algemeen opvoedgedrag en verstoord eetgedrag?

Voedingsstijlen lijken sterk verwant aan algemene opvoedgedragingen/opvoedstijlen (Hughes et al., 2005; Boots et al., 2015). Zo kenmerkt ouderlijke controle bij autoritatieve ouders (soortgelijk aan “responsieve voedingsstijl”) zich door positieve disciplineren: het bekrachtigen van gewenst gedrag en het herhalen en toelichten van regels bij ongewenst gedrag (Choe et al., 2013; Kerr et al., 2004; Verhoeven et al., 2017). Bij autoritaire ouders (overeenkomstig met “controlerende voeders”) wordt meer harde disciplineren waargenomen: middels dwingende vormen van discipline (verbale en fysieke straf, psychologische controle) wordt gehoorzaam gedrag bij kinderen afgedwongen (Choe et al., 2013; Verhoeven et al., 2017). Bij permissieve ouders (ook wel “toegeeflijke voedingsstijl”)

is de ouder vaker inconsistent in het stellen van regels en corrigeren van gedrag. Deze inconsistente vorm van disciplineren is onderzocht in relatie tot verstoord eetgedrag bij 3-, 4- en 5-jarigen: meer inconsistentie gaat gepaard met meer voedingsproblematiek (De La Osa et al., 2015). Dit onderzoek zal zich richten op de andere twee vormen, positieve en harde disciplineren, en in hoeverre deze vaker voorkomen bij ouders van kinderen met ARFID.

Naast opvoedgedrag van ouders is opvoedstress een belangrijke factor die wordt geassocieerd met verstoord eetgedrag in de kindertijd en opvoedgedrag van ouders (Garro et al., 2005; Gouveia et al., 2019). Opvoedstress is een specifieke vorm van stress die ouders kunnen ervaren als resultaat van de eisen die het ouderschap aan hen stelt of de mate waarin de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaats en gespannen voelt (Abidin, 1995; de Brock et al., 1992). ARFID kan ertoe leiden dat ouders zich overweldigd voelen door het aantal (bijkomende) eisen dat aan hen gesteld wordt, zoals zorgen voor voldoende inname en omgaan met speciale voeding en sondevoeding-vereisten (Graves & Ware, 1990; Franklin & Rodger, 2003). Pederson et al. (2004) vonden inderdaad dat ouders van kinderen in een sondevoedingsprogramma meer stress ervoeren dan ouders uit een normatieve steekproef en ouders van kinderen met niet aan voeding gerelateerde chronische ziekten. De verhoogde mate van opvoedstress vergroot het risico op minder competent opvoedgedrag. Ouders die meer opvoedstress ervaren gebruiken doorgaans bijvoorbeeld meer autoritaire en controlerende opvoed- en voedingsstijlen (druk om te eten, beperking, monitoring) en ervaren verminderd vermogen om de signalen van verzadiging bij hun kind te signaleren en interpreteren (Gouveia et al., 2019). Onderzoek van Budd et al. (1992) naar de psychosociale bijwerkingen van eetstoornissen bij kinderen toont aan dat ouders met meer stress, vaker harde disciplinepraktijken gebruiken: ze schreeuwen naar, slaan of hebben kritiek op het kind. Recent onderzoek naar ouders van kinderen met een chronische pediatrische voedingsstoornis liet ook zien dat deze ouders een hoge mate van opvoedstress ervaren en dat deze stress een risico vormde voor het gebruik van minder effectieve disciplineringsstechnieken (b.v. defensief reageren; Silverman et al., 2020). De onderzoekers gebruikten een andere definitie dan ARFID uit de DSM-5. Opvoedstress en opvoedgedrag van ouders zijn dus aan elkaar gerelateerd, ook in de context van verstoord eetgedrag van het kind.

Over ARFID, opvoedstress en opvoedgedrag is nog weinig bekend. De mogelijke voortdurende gevolgen van ARFID op andere ontwikkelingsgebieden (Bosch & Moens, 2014), de rol van ouders in het doen toenemen en in standhouden van de stoornis (Seys et al., 2010) en de relatie tussen opvoedstress en disciplineringsgedrag (Silverman et al., 2020)

onderstrepen het belang van het uitbreiden van kennis over opvoedstress en opvoedgedrag van ouders van kinderen tussen 2 en 6 jaar met ARFID. Meer kennis over deze klinische groep en de vergelijking met een controlegroep maakt aanscherping van behandeling mogelijk. Verwacht wordt dat ouders van kinderen met ARFID minder positieve en meer harde disciplinerende inzetten (Verhoeven et al., 2017; Kerzner et al., 2015; Hughes et al., 2005) en dat zij meer opvoedstress ervaren (Pederson et al., 2004; Silverman et al., 2020) dan ouders uit de controlegroep. Vanwege een gebrek aan onderzoek valt er geen voorspelling te doen over groepsverschillen in de samenhang tussen deze variabelen.

Methode

Participanten

Van de 23 gezinnen die voor de klinische groep zijn benaderd, gaven allen aanvankelijk aan te zullen deelnemen. Van deze gezinnen hebben drie gezinnen zich teruggetrokken vanwege te persoonlijke vragen, privé-situatie of coronabesmetting, drie gezinnen hebben de vragenboekjes niet geretourneerd. Uiteindelijk hebben 30 ouders ($N=30$; 13 vaders, 17 moeders) van 17 kinderen ingestemd om deel te nemen, wat duidt op een response rate (gezinnen) van 73,91%. De controlegroep bestaat uit 786 ouders ($N=786$; 382 vaders, 404 moeders). Zie Tabel 1 voor de demografische kenmerken. De klinische en controlegroep verschillen significant op de variabelen sekse van het kind ($\chi^2(1, N = 431) = 14.170, p < .001$), opleiding van de ouder ($\chi^2(1, N = 805) = 7.707, p < .05$) en nationaliteit van de ouder ($\chi^2(1, N = 773) = 7.615, p < .05$).

Tabel 1

Demografische kenmerken van de klinische en controlegroep

Variabele	Klinische groep	Controlegroep
Kinderen (<i>N</i>)	17	404
Sekse**		
Jongens (<i>n</i>)	14 (82,4%)	193 (47,8%)
Meisjes (<i>n</i>)	3 (17,6%)	211 (52,2%)
Leeftijd in maanden <i>M (SD)</i> , range	51.5 (14.59), 23-72	46.7 (14.69), 20-66
Ouders (<i>N</i>)		
Vaders (<i>n</i>)	13 (43,3%)	382 (48,6%)
Leeftijd in jaren <i>M (SD)</i> , range	35.5 (4.22), 26-41	37.3 (5.12), 15-55
Moeders (<i>n</i>)	17 (56,7%)	404 (51,4%)
Leeftijd in jaren <i>M (SD)</i> , range	34.0 (4.44), 24-40	35.1 (4.40), 23-47
Opleidingsniveau*		
MBO of lager (<i>n</i>)	18 (60,0%)	297 (37,8%)
HBO of hoger (<i>n</i>)	10 (33,3%)	480 (61,1%)
Nationaliteit*		
Nederlands	27 (90,0%)	743 (94,5%)
Niet-Nederlands	1 (3,3%)	2 (0,3%)

Noot. Data van de klinische groep is verzameld van januari-april 2021, gedurende de COVID-19-pandemie.

* $p < .05$. ** $p < .001$.

Procedure

Dit cross-sectionele onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht (FETC). Ouders op de wachtlijst bij SeysCentra zijn benaderd via een behandelaar werkzaam bij SeysCentra. Indien ouders akkoord gaven, werd telefonisch contact opgenomen door de onderzoeker die het onderzoek toelichtte, waarna werd gevraagd om deelname en daarmee om de (adres)gegevens van het gezin. Telefonisch is benadrukt dat door ouders verstrekte gegevens worden geanonimiseerd en dat ouders zich ten alle tijden kunnen terugtrekken. Ouders ontvingen een begeleidende brief, informatiebrief, toestemmingsformulier en vragenboekjes. Vooraf werd ouders gevraagd om de vragenboekjes los van elkaar in te vullen, zodat voor iedere ouder informatie over opvoedstress en opvoedgedrag werd verkregen. Een handtekening van beide ouders (tenzij eenhoofdig gezag) bevestigde dat ouders deel wilden nemen aan het onderzoek. Indien ouders de vragenboekjes niet binnen twee weken retourneerden, werd telefonisch contact opgenomen ter herinnering. De gegevens van de controlegroep zijn verzameld tussen 2011 en 2012 via kinderdagverblijven en peuterspeelzalen als onderdeel van het onderzoek naar

‘Opvoeden in Nederland’ van dr. Verhoeven en prof dr. van Baar, door bachelor studenten van Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Ouders ontvingen een informatiebrief over het onderzoek, waar na instemming met het onderzoek, vragenboekjes werden opgestuurd die zij binnen twee weken dienden te retourneren. Ook deze studie werd goedgekeurd door de FETC.

Meetinstrumenten

Ouderlijke Disciplinerings

Disciplinerings werd gemeten middels twee schalen van de Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire (CECPAQ; Verhoeven et al., 2017): positieve discipline en harde discipline. Positieve discipline betreft het door ouders inzetten van disciplinaire technieken die positief kind-gedrag bevorderen, waaronder uitleg geven over het belang van regels en de consequenties van gedrag. Ouders beantwoordden vier items (b.v. “Ik leg mijn kind uit waarom bepaalde regels gevolgd moeten worden”) op een 6-puntsschaal van 1 (nooit) tot 6 (altijd). Harde discipline werd gemeten middels 12 items over verbale straf (b.v. “Als mijn kind ongehoorzaam is, word ik boos en verhef ik mijn stem”), fysieke straf (b.v. “Als mijn kind ongehoorzaam is, geef ik hem/haar een tik”) en psychologische controle (b.v. “Ik bekritiseer mijn kind als hij/zij niet aan mijn verwachtingen voldoet”). Ouders beantwoordden de items op een 6-puntsschaal van 1 (nooit) tot 6 (altijd), negen items (14-23) werden beantwoord op 6-puntsschalen van effectieve naar ineffectieve reactie (of andersom). Voor zowel positieve als harde disciplinerings werd een gemiddelde score berekend, één item werd omgepold. Onderzoek heeft de validiteit en betrouwbaarheid aangetoond (Verhoeven et al., 2017), welke ook in deze studie voor zowel de klinische ($\alpha_{\text{Positieve Discipline}} = .79$; ($\alpha_{\text{Harde Discipline}} = .71$), als de controlegroep ($\alpha_{\text{Positieve Discipline}} = .78$; ($\alpha_{\text{Harde Discipline}} = .79$) acceptabel was.

Opvoedstress

Opvoedstress van ouders werd gemeten middels de verkorte vorm van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI-K; de Brock et al., 1992). Middels 25 stellingen meet de NOSI-K de mate van stressbeleving bij de opvoeding door een ouder (b.v. “Het valt niet altijd mee mijn kind te accepteren zoals hij/zij is”). Ouders beantwoordden de stellingen op een 6-puntsschaal van 0 (Helemaal mee oneens) tot 6 (Helemaal mee eens). De antwoorden werden samengevat tot een gemiddelde score, waarbij een hogere score een hogere mate van stress betekent. Onderzoek beoordeelt de betrouwbaarheid als zeer goed (de Brock et al., 1992). De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) heeft de NOSI onderzocht en die toentertijd als overwegend goed beoordeeld (Egberink et al., 1996). De betrouwbaarheid

binnen het huidige onderzoek was goed, gezien een Cronbach's alfa van .87 ($N=30$) voor de klinische en .88 ($N=740$) voor de controlegroep.

Voedingsproblematiek

Ouders in de klinische groep vulden de Screening Tool of Feeding Problems for Children (STEP-CHILD) in over de voedingsproblematiek van het kind (Seiverling et al., 2011). De STEP-CHILD bestaat uit 15 vragen over de frequentie en 15 vragen over de ernst van de problematiek en bestrijkt zes subschalen: kauwproblemen, snel eten, voedselweigering, voedselselectiviteit, braken en voedsel stelen. Alle items werden beantwoord op een 3-puntsschaal en werden per subschaal samengevat tot een gemiddelde. Voor frequentie geldt: 0 (niet voorgekomen, geen probleem), 1 (tussen 1 en 10 keer) en 2 (meer dan 10 keer), voor de ernst: 0 (veroorzaakt geen ernstige schade/probleem), 1 (veroorzaakt minimale schade/probleem) en 2 (veroorzaakt ernstige schade en problemen). De betrouwbaarheid van de STEP-CHILD is matig ($\alpha=.62$; Seiverling et al., 2011). In het huidige onderzoek is de betrouwbaarheid hoog, gezien een Cronbach's alfa van .84 ($N=24$).

Invloed COVID-19

Om invloed van COVID-19 op opvoedstress en opvoedgedrag als verklaring te kunnen beperken, is ouders uit de klinische groep een drietal vragen gesteld: 'In welke mate heeft u het idee dat u meer stress ervaart sinds COVID-19?', 'Denkt u dat dit van invloed is op het eetgedrag van uw kind?' en 'Denkt u dat dit van invloed is op uw opvoedgedrag?' Ouders beantwoordden de vragen op een 6-puntsschaal van 1 (Helemaal mee oneens) tot 6 (Helemaal mee eens). Een hogere score betekent een grotere invloed van COVID-19 op stressbeleving, eet- en opvoedgedrag.

Analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd in SPSS Statistics 26. Het verschil in opvoedstress en disciplineren tussen beide groepen is onderzocht met Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA). Aan de assumpties van onafhankelijkheid, normaliteit, homogeniteit en lineairiteit werd voldaan. Met Pearson correlaties zijn de correlaties tussen het ervaren van opvoedstress en het gebruiken van positieve en harde discipline onderzocht. Om te onderzoeken of de relaties tussen opvoedstress en disciplineren hetzelfde is in de klinische en de controlegroep zijn twee hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd: een voor positieve en een voor harde disciplineren. Op basis van de dummyvariabele "groep" (0 = klinische groep; 1 = controlegroep) en de gestandaardiseerde waarde van opvoedstress is een interactievariabele gemaakt. Aan de assumpties van normaliteit (skewness en kurtosis tussen -1,16 en

1,47) en multicollineariteit werd voldaan. Enkele uitschieters werden gedetecteerd, omdat de scores binnen normale waarden vielen en er geen aanwijzingen waren dat de vragenlijst verkeerd was ingevuld, is ervoor gekozen de data van deze ouders niet te verwijderen.

Resultaten

COVID-19

Data van de klinische groep is verzameld gedurende de COVID-19-pandemie, waarmee rekening gehouden moet worden bij het interpreteren van de resultaten. Uit de vragen die aan ouders zijn gesteld, blijkt dat zij zelf veronderstellen dat COVID-19 nauwelijks van invloed is geweest op de eetproblematiek van het kind of het opvoedgedrag van ouders en iets meer op de mate van opvoedstress (Tabel 2). Middels correlatieel onderzoek is vastgesteld dat de vragen over COVID-19 niet significant correleren met opvoedstress.

Gemiddelde waarden

Tabel 2 weergeeft de resultaten voor beide groepen op opvoedstress en disciplineren en de vragen rondom COVID-19. De MANCOVA liet, na correctie voor nationaliteit van de ouder en sekse van het kind, zien dat alle scores significant verschillen; ouders in de klinische groep scoren significant hoger op positieve disciplineren ($F(1, 409) = 4.46, p = .035, \eta^2 = .011$), significant lager op harde disciplineren ($F(1, 409) = 17.46, p = .001, \eta^2 = .041$) en ervaren significant meer opvoedstress ($F(1, 409) = 27.61, p = .001, \eta^2 = .064$). De sekse van het kind ontbrak deels bij de controlegroep, waardoor een kleinere steekproef werd meegenomen in de analyse. Dezelfde analyse bij een grotere steekproef wees op dezelfde resultaten.

De klinische groep is gevraagd de STEP-CHILD in te vullen. Uit de gemiddelden blijkt dat voornamelijk voedselselectiviteit en kauwproblemen spelen bij de kinderen van deze ouders (Tabel 3). Correlatieel onderzoek wijst op een vermoedelijke relatie tussen opvoedgedrag enerzijds en de subschalen van de STEP-CHILD anderzijds (Tabel 1 in appendix 1).

Tabel 2

Gemiddelden en Standaardafwijkingen van de Variabelen in de Klinische en Controlegroep

Variabele	Klinische groep (N=30)		Controlegroep	
	M	SD	M	SD
Positieve disciplineren	5.14	0.67	4.80 (n=783)	0.70
Harde disciplineren	1.73	0.30	2.14 (n=786)	0.47
Opvoedstress	2.53	0.66	1.85 (n=774)	0.56
COVID-19 en stress	3.41	1.72		
COVID-19 en eetgedrag	1.97	1.43		
COVID-19 en opvoeding	2.41	1.45		

Tabel 3

Totaalscore op de Subscales van de STEP-CHILD voor de Klinische Groep

Subscales	Totaal	
	M	SD
Kauwproblemen	4.19	2.70
Snel eten	2.83	1.70
Voedselweigering	3.76	2.00
Voedselselectiviteit	5.63	2.72
Braken	2.42	2.58
Voedsel stelen	0.94	2.15

Relatie tussen opvoedstress en disciplineren in de klinische versus de controlegroep

Middels hiërarchische regressieanalyse is onderzocht of ouders die meer stress ervaren meer harde en minder positieve disciplineren gebruiken en of deze relatie sterker is voor ouders die een kind met ARFID opvoeden. Allereerst is de correlatie tussen opvoedstress enerzijds en positieve en harde discipline anderzijds berekend per groep (Tabel 4). In beide groepen is de correlatie tussen opvoedstress en harde disciplineren positief en significant: naarmate de ouder meer opvoedstress ervaart, rapporteert de ouder een frequenter gebruik van harde disciplineren. Voor de controlegroep bestaat daarnaast ook een significante, negatieve correlatie tussen opvoedstress en positieve disciplineren: meer opvoedstress gaat gepaard met minder positieve disciplineren. Deze correlatie werd niet gevonden in de klinische groep.

Tabel 4

Correlatiematrix voor Opvoedstress en Discipline voor de Klinische en Controlegroep

Variabele	1.	2.	3.
1. Opvoedstress	-	.31**	-.18**
2. Harde Disciplineren	.38*	-	-.19**
3. Positieve Disciplineren	.09	-.28	-

Noot. Resultaten voor de klinische groep zijn weergegeven onder de diagonaal, de resultaten voor de controlegroep boven de diagonaal.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Vervolgens zijn twee moderatie-analyses uitgevoerd middels de hiërarchische regressieanalyse (Tabel 5). Van de drie demografische kenmerken waarop de groepen van elkaar verschilden (seks van het kind, opleidingsniveau en nationaliteit van de ouder (Tabel

1)), bleek alleen nationaliteit van de ouder gerelateerd ($r = p < .05$) aan harde disciplineren en is daarom als controlevariabele meegenomen in de analyse. Geen van de kenmerken was gerelateerd aan positieve disciplineren.

Nationaliteit van de ouder, opvoedstress en groep (klinisch versus controlegroep) bleken tezamen een significante proportie van de variantie in harde disciplineren te voorspellen ($R^2 = .140$, $F(2, 758) = 40.988$, $p = < .001$). Na correctie voor nationaliteit van de ouder, bleek groep de sterkste voorspeller van harde disciplineren evenals opvoedstress. Daarnaast is gekeken naar het interactie-effect van groep x stress, echter bleek dit niet significant ($\Delta R^2 = .000$, $F(1, 757) = 30.701$, $p = .966$). Kortom, naarmate ouders meer opvoedstress ervaren, rapporteren zij meer harde disciplineren. Deze relatie blijkt niet significant anders in de klinische versus de controlegroep.

Deze analyse werd herhaald voor positieve discipline. Opvoedstress en groep (klinische versus controlegroep) voorspelden samen een significante proportie van de variantie in positieve disciplineren ($R^2 = .038$, $F(2, 798) = 15.719$, $p = .001$). Wederom is gekeken naar het interactie-effect groep x stress, welke niet significant bleek ($\Delta R^2 = .003$, $F(1, 797) = 11.188$, $p = .149$). De relatie tussen opvoedstress en groep enerzijds en positieve discipline anderzijds, is niet significant verschillend voor de klinische versus controlegroep.

Tabel 5

Hiërarchische regressieanalyse voor Harde en Positieve Discipline

Variabele	B	95% CI voor B		SE B	β	R^2	ΔR^2
		LL	UL				
Harde discipline						.14	.13*
Constant	0.83*	0.29	1.37	.28			
Nationaliteit ouder	0.84*	0.34	1.34	.25	.11		
Groep	0.46*	0.30	0.63	.08	.19		
Opvoedstress	0.14*	0.11	0.17	.02	.30		
Positieve discipline						.04	.04*
Constant	5.14*	4.90	5.39	.13			
Groep	-.35*	-0.60	-0.10	.13	-.10		
Opvoedstress	-.12*	-0.17	-0.07	.02	-.17		

Noot. Groep werd gecodeerd als: 0 = klinische groep, 1 = controlegroep.

* $p < .001$.

Discussie

Omdat ARFID vergaande gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling en het welzijn van kinderen en hun gezinnen, is het belangrijk meer te weten te komen over de werking van deze gezinnen. Dit onderzoek richtte zich op opvoedgedrag en opvoedstress van ouders van kinderen met ARFID en vergeleek deze met een controlegroep. De resultaten weergeven dat ouders uit de klinische groep significant meer positieve disciplineren gebruiken, meer opvoedstress ervaren en minder harde disciplineren gebruiken. Er werden geen significante interactie-effecten gevonden wat maakt dat de relatie tussen opvoedstress en disciplineren voor beide groepen hetzelfde is. Enkele resultaten zijn in strijd met eerder onderzoek waardoor aanvullend onderzoek bij deze doelgroep essentieel is.

Ten eerste is onderzocht in hoeverre ouders van kinderen met ARFID positieve en harde disciplineren gebruiken en hoe zich dit verhoudt tot ouders uit een controlegroep. Omdat positieve disciplineren in de literatuur wordt geassocieerd met gewenst eetgedrag (Kerzner et al., 2015; Pérez-Escamilla et al., 2017), werd verwacht dat ouders uit de klinische groep minder positieve en meer harde disciplineren zouden gebruiken (Kerzner et al., 2015; Hughes et al., 2005). Uit de resultaten bleek het tegenovergestelde: ouders in de klinische groep rapporteerden meer gebruik van positieve en minder gebruik van harde disciplineren. In de praktijk worden veel ouders met toegeeflijk opvoedgedrag gezien waarbij de kinderen bepalen welke voeding ze krijgen en wanneer zij dat willen. Ouders gaan hierin bijvoorbeeld mee omdat zij willen dat het kind voldoende binnenkrijgt. De resultaten van dit onderzoek komen dus overeen met de praktijk. In de literatuur kunnen ouders van kinderen met voedingsproblemen zoals ARFID, toegeeflijk gedrag laten zien als reactie op weigeringsgedrag, welke de problematiek in stand houdt (Mitchell et al., 2013). Mogelijk hanteren ouders van kinderen met ARFID verschillende opvoedstijlen op verschillende domeinen (b.v. eten versus slapen). Een andere verklaring is dat ouders proberen te compenseren op andere gebieden: wanneer het minder goed lukt om op het gebied van eten consistent te blijven, probeer je als ouder misschien te compenseren op andere gebieden. Dit kan resulteren in het algemeen gebruik van meer positieve en minder harde disciplineren, terwijl dit op het gebied van voeding misschien wel andersom is. Omdat dit onderzoek zich richtte op het gebruik van disciplineren op (algemeen) ongewenst gedrag, is aanvullend onderzoek nodig om te bepalen of ouders van kinderen met ARFID daadwerkelijk verschillende opvoedstijlen hanteren. Daarnaast kan toegeeflijkheid worden versterkt door het ervaren van opvoedstress, aanvullend onderzoek zal ook deze relatie moeten onderzoeken.

De resultaten aangaande opvoedstress komen overeen met de verwachtingen; ouders uit de klinische groep ervaren significant meer opvoedstress. De extra zorgen die ouders ervaren bij een kind met ARFID, lijken gepaard te gaan met meer opvoedstress (Graves & Ware, 1990; Franklin & Rodger, 2003). Dit komt overeen met eerder onderzoek (Pederson et al., 2004; Silverman et al., 2020). Waar Silverman et al. (2020) de classificatie ARFID niet passend vonden bij hun doelgroep en daarmee uitsloten van onderzoek, heeft het huidige onderzoek de mate van opvoedstress onderzocht juist bij deze nog weinig onderzochte doelgroep.

Vervolgens werd onderzocht of ouders die meer stress ervaren ook minder positieve en meer harde disciplineren gebruiken en of deze relatie sterker is voor ouders uit de klinische of controlegroep. Zoals verwacht bleken ouders die meer opvoedstress ervoeren minder positieve en meer harde disciplineren te laten zien. Deze resultaten zijn conform eerder onderzoek van Silverman et al. (2020) waarin meer opvoedstress resulteerde in het gebruik van minder positieve disciplineren en met het onderzoek van Gouveia et al. (2019) waarin meer opvoedstress samenhangt met het gebruik van meer autoritaire en controlerende opvoed- en voedingsstijlen, ook wel meer harde disciplineren. De relatie tussen opvoedstress en disciplineren bleek even sterk voor de klinische en controlegroep; meer opvoedstress resulteert in minder “effectief” opvoedgedrag. Ondanks dat de klinische groep gemiddeld een verhoogde mate van opvoedstress ervaart, laten zij gemiddeld niet minder “effectief” opvoedgedrag zien. Dit zegt iets over de weerbaarheid en veerkracht van deze ouders.

De gevonden resultaten bieden aanknopingspunten voor ouderbegeleiding van ouders van kinderen met ARFID. Uit onderzoek blijkt dat moeders van kinderen met ARFID die minder stress ervaren, beter in staat zijn de signalen van hun kinderen te interpreteren en daar responsief op te reageren (Prasetyo et al., 2019), wat bijdraagt aan het verbeteren van het eetgedrag van de kinderen (b.v. Kerzner et al., 2015). Met andere woorden, oog hebben voor de opvoedstress die deze ouders ervaren en het weten terug te dringen zal vermoedelijk bijdragen aan beter eetgedrag.

Tenslotte wees correlatief onderzoek naar disciplineren en opvoedstress enerzijds en de subschalen van de STEP-CHILD anderzijds, op potentiële relaties. De relatie tussen selectiviteit en positieve disciplineren wijst op een mogelijk significante relatie, net als tussen braken en stelen enerzijds en harde disciplineren anderzijds. Kortom, vormen van voedingsproblemen lijken niet samen te hangen met opvoedstress maar wel met opvoedgedrag. Vervolgonderzoek zou deze relaties verder moeten onderzoeken.

Dit onderzoek kent sterke en zwakke punten. Ten eerste biedt dit onderzoek informatie over een relatief onbekende doelgroep en vergeleek deze groep met een controlegroep. Bovendien hebben zowel vaders als moeders deelgenomen en de vragenboekjes apart van elkaar ingevuld. Het cross-sectionele onderzoeksdesign daarentegen, maakt dat slechts een associatie in plaats van causale relatie kan worden vastgesteld tussen factoren (Sedgwick, 2014). De kleine steekproef garandeert daarnaast geen representatieve steekproef van de gehele groep ouders van kinderen met ARFID, waardoor generalisatie van de resultaten voorzichtig moet plaatsvinden (Field, 2009; Neuman, 2014). Wat betreft een mogelijk scheve verdeling tussen de klinische en controlegroep; de statistische power wordt bepaald door de kleinste groep, hoe groter de controlegroep waarmee de klinische groep wordt vergeleken, hoe betrouwbaarder de normen zijn. Tenslotte vergroot het gebruiken van vragenlijsten het risico op sociaal-wenselijke antwoorden en/of een vertekend beeld over eigen opvoedgedrag (Andersen & Mayerl, 2017; Verhoeven et al., 2017). Ondanks dat ouders expliciet is toegelicht dat deelname geen invloed heeft op de behandeling van het kind, kunnen ouders de mate van opvoedstress hebben uitvergroet om mogelijk eerder in behandeling te komen. Toekomstig longitudinaal onderzoek met een grote(re) steekproef zou de relatie tussen opvoedgedrag en opvoedstress kunnen vaststellen en de generaliseerbaarheid kunnen vergroten. Tenslotte vond dit onderzoek plaats gedurende COVID-19. Ondanks de ontbrekende correlatie tussen stress door COVID-19 en opvoedstress, kan COVID-19 niet als verklaring worden uitgesloten van de verhoogde mate van opvoedstress.

Conclusie

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan het verkrijgen van informatie over een relatief onbekende doelgroep. Deze ouders van kinderen met ARFID hebben een verhoogd risico op het ervaren van opvoedstress, wat het risico op incompetent opvoedgedrag vergroot: het gebruiken van harde disciplineren. De sleutelrol van ouders in de etiologie en het voortbestaan van ARFID en de behandeling daarvan, weergeeft het belang van ouderbegeleiding waarin extra oog is voor de mate van opvoedstress die ouders ervaren, bijvoorbeeld middels een korte screening. Zo kunnen aanpassingen gedaan worden op het gebied van stress en vooral in het opvoedgedrag van ouders, allemaal in het belang van de ontwikkeling van het kind.

Referenties

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and eating disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10>
- Andersen, H., & Mayerl, J. (2017). Social desirability and undesirability effects on survey response latencies. *Bulletin of Sociological Methodology*, 135(1), 68–89.
<https://doi.org/10.1177/0759106317710858>
- Arlinghaus, K. R., Vollrath, K., Hernandez, D. C., Momin, S. R., O'Connor, T. M., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2018). Authoritative parent feeding style is associated with better child dietary quality at dinner among low-income minority families. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 108(4), 730–736. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy142>
- Bosch, J. & Moens, E. (2014). Vroege socialisatieproblemen. *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, 231-236. Bohn Stafleu van Loghum.
- Boots, S. B., Tiggemann, M., Corsini, N., & Matisse, J. (2015b). Managing young children's snack food intake. The role of parenting style and feeding strategies. *Appetite*, 92, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.012>
- Boucher, N. L. (2016). Feeding Style and a Child's Body Mass Index. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.12.002>
- Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Current Pediatrics Reports*, 6(2), 107–113. <https://doi.org/10.1007/s40124-018-0162-y>
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, NA.
<https://doi.org/10.1002/eat.20795>
- Budd, K. S., McGraw, T. E., Farbisz, R., Murphy, T. B., Hawkins, D., Heilman, N., & Werle, M. (1992). Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 81–94. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.81>
- Cardona Cano, S., Hoek, H. W., & Bryant-Waugh, R. (2015). Picky eating. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 448–454. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000194>

- Choe, D. E., Olson, S. L., & Sameroff, A. J. (2013). The interplay of externalizing problems and physical and inductive discipline during childhood. *Developmental Psychology*, 49(11), 2029–2039. <https://doi.org/10.1037/a0032054>
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218–232. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.2.218>
- Corsini, N., Kettler, L., Danthiir, V., & Wilson, C. (2018). Parental feeding practices to manage snack food intake: Associations with energy intake regulation in young children. *Appetite*, 123, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.024>
- de Brock, A. J. L. L. de, Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding*. Lisse, Nederland: Swets & Zeitlinger.
- De la Osa, N., Barraza, R., & Ezpeleta, L. (2015). The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers. *Acción Psicológica*, 12(2), 143. <https://doi.org/10.5944/ap.12.2.15799>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). (2013). *American Psychiatric Association*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Egberink, I. J. L., de Leng, W. E., & Vermeulen, C. S. M. (1996). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, NOSI*. COTAN Documentatie. [https://www-cotandocumentatie-nl.proxy.library.uu.nl/beoordelingen/b/14411/nijmeegse-ouderlijke-stress-index/](https://www-cotandocumentatie.nl.proxy.library.uu.nl/beoordelingen/b/14411/nijmeegse-ouderlijke-stress-index/)
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using spss*. Sussex, VK: Sage.
- Frankel, L. A., O'Connor, T. M., Chen, T.-A., Nicklas, T., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2014). Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite*, 76, 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.077>
- Franklin, L., & Rodger, S. (2003). Parents' perspectives on feeding medically compromised children: Implications for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 137–147. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1046/j.1440-1630.2003.00375.x>
- Garro, A., Thurman, S. K., Kerwin, M. L. E., & Ducette, J. P. (2005). Parent/caregiver stress during pediatric hospitalization for chronic feeding problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.02.015>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de

- Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric feeding disorder - Consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124–129.
<https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002188>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.021>
- Graves, J. K., & Ware, M. E. (1990). Parents and health professionals' perceptions concerning parental stress during a child's hospitalization. *Child Health Care*, 19, 37–42.
https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1207/s15326888chc1901_5
- Hughes, S.O, Power, T.G., Orlet Fisher J., Mueller, S., & Nicklas, T.A. (2005). Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 44, 83–92.
<https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1016/j.appet.2004.08.007>
- Kerr, D. C. R., Lopez, N. L., Olson, S. L., & Sameroff, A. J. (2004). Parental discipline and externalizing behavior problems in early childhood: The roles of moral regulation and child gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 369–383.
<https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000030291.72775.96>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344–353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2014). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
- Lukens, C. T., & Silverman, A. H. (2014). Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 903–917.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu040>
- Micali, N., Rask, C. U., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2016). Early predictors of childhood restrictive eating: A population-based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 314–321.
<https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000268>

- Mitchell, G. L., Farrow, C., Haycraft, E., & Meyer, C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focused interventions. *Appetite*, *60*, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>
- Neuman, W. L. (2014). *Understanding Research*. Pearson Education Limited.
- Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, *44*(2), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2002.07.001>
- Pederson, S. D., Parsons, H. G., & Dewey, D. (2004). Stress levels experienced by the parents of enterally fed children. *Child: Care, Health & Development*, *30*, 507–513. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/j.1365-2214.2004.00437.x>
- Prasetyo, Y. B., Kurnia, A. D., Masruroh, N. L., Nursalam, N., Hargono, R., Ahsan, A., & Kumboyo, K. (2019). Factors influencing promotive behaviours in mothers of Indonesian children with avoidant restrictive food intake disorder. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *14*(5), 454–459. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.07.003>
- Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Lott, M. (2017). Feeding guidelines for infants and young toddlers. *Nutrition Today*, *52*(5), 223–231. <https://doi.org/10.1097/nt.0000000000000234>
- Sedgwick, P. (2014). Cross sectional studies: Advantages and disadvantages. *BMJ*, *348*, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2276>
- Seiverling, L., Hendy, H. M., & Williams, K. (2011). The Screening Tool of Feeding Problems applied to children (STEP-CHILD): Psychometric characteristics and associations with child and parent variables. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(3), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.012>
- Seys, D. M., Duker, P. C., & Rensen, J. (2010). Effect van het SLIK-programma op voedselacceptatie bij kinderen met voedselweigering. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, *78*(5), 184–189. <https://doi.org/10.1007/s12456-010-0045-9>
- Silverman, A. H. (2015). Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Annals of Nutrition and Metabolism*, *66*(5), 33–42. <https://doi.org/10.1159/000381375>
- Silverman, A. H., Erato, G., & Goday, P. (2020). The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. *Journal of Child Health Care*, *25*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/1367493520905381>

- Sharp, W. G., Stubbs, K. H., Adams, H., Wells, B. M., Lesack, R. S., Criado, K. K., Simon, E. L., McCracken, C. E., West, L. L., & Scahill, L. D. (2016). Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(4), 658–663. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001043>
- Verhoeven, M., Deković, M., Bodden, D., & van Baar, A. L. (2017). Development and initial validation of the comprehensive early childhood parenting questionnaire (CECPAQ) for parents of 1–4 year-olds. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(2), 233–247. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1182017>
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A., & Egger, H. (2015). Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*, 136(3), 582-590. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2386>

Appendix 1 Aanvullende onderzoeksresultaten

Tabel 1

Correlatiematrix voor Disciplineren, Opvoedstress en de Subscales van de STEP-CHILD.

Variabele	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Pos-Dis	-								
2. Hard-Dis	-.20**	-							
3. Stress	-.14**	.27**	-						
4. Kauwpr.	-.24	.16	.04	-					
5. Snel eten	.08	.24	.21	.02	-				
6. Weiger	.22	.04	.05	.08	.44*	-			
7. Select.	.31	.14	-.07	.25	.31	.37*	-		
8. Braken	-.01	.31	.25	.56**	.31	.13	.41*	-	
9. Stelen	.05	.33	.08	.05	.47**	.43*	.33	.17	-

Noot. Pos-Dis = Positieve Discipline, Hard-Dis = Harde Discipline, Stress = Opvoedstress,
 Kauwpr. = Kauwproblemen, Weiger = Weigering, Select. = Selectiviteit.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Appendix 2 Dataverzameling

De dataverzameling heb ik van begin tot eind zelfstandig gedaan. Allereerst heb ik de vragenboekjes per leeftijdscategorie volgens de ASG samengesteld. Vervolgens heb ik in overleg met Eric Dumont, werkzaam bij SeysCentra, bepaald welke ouders op de wachtlijst benaderd konden worden voor het huidige onderzoek. Vervolgens heb ik de behandelaren die contactpersoon waren van deze ouders via de mail individueel benaderd met de vraag of zij ouders om toestemming wilden vragen voor het opnemen van telefonisch contact door mij als onderzoeker, om het onderzoek toe te lichten. Na toestemming heb ik met ieder gezin telefonisch contact opgenomen waarbij ik het onderzoek heb toegelicht, dit gesprek duurde gemiddeld 10 minuten. Dit ging om de rationale van het onderzoek, wat van ouders gevraagd werd (het invullen van vragenboekjes), de waarborging van anonimiteit, de mogelijkheid om deelname te stoppen op ieder gewenst moment en dat deelname geen invloed heeft op de behandeling van het kind. Vervolgens werd ouders gevraagd of zij bereid waren deel te nemen. Indien ouders instemden werd gevraagd naar de geboortedatum van het kind, het e-mailadres van ouders en de adresgegevens. De volgende stap was het gereed maken van de vragenboekjes, het toestemmingsformulier, de begeleidende en informatiebrief. Deze formulieren met een retourenvelop werden samengevoegd in een envelop die vervolgens op de post werd gedaan voor ieder gezin. Indien ouders de vragenboekjes niet binnen twee weken retourneerden, heb ik ouders hier telefonisch aan herinnerd. Zodra de vragenboekjes binnenkwamen heb ik de antwoorden één voor één ingevoerd in SPSS. Tenslotte heb ik de e-mailadressen van alle ouders die vragenboekjes retourneerden verzameld, zodat naar ieder gezin een cadeaubon als bedankje voor deelname kon worden opgestuurd.

Aanvankelijk vond ik de dataverzameling een pittige klus omdat dit, vooral in het begin, veel tijd van mij vroeg: het samenstellen van de vragenboekjes, uitzoeken wie ik kon benaderen, behandelaren benaderen en herinneren aan mijn vraag en enveloppen en postzegels aanvragen. Het opsturen van de eerste boekjes vond ik erg spannend vanuit onzekerheid dat ik iets zou vergeten. Toen het verzamelen eenmaal liep en ik vragenboekjes terugkreeg vond ik het juist leuk. Ik was vooral heel benieuwd naar de resultaten en het invoeren in SPSS verliep steeds vlotter. Van de dataverzameling heb ik geleerd dat dit niet zomaar kan; er moeten allerlei zaken (b.v. toestemmingsformulier) geregeld worden alvorens ouders benaderd mogen worden. Dit heeft dan ook bijgedragen aan mijn kennis rondom dataverzameling. Al met al denk ik dat ik de dataverzameling op een juiste wijze heb uitgevoerd, zowel procedureel als in het (professionele) contact met ouders.