



Faculteit gezondheid en techniek

Opleiding logopedie

Levenskwaliteit van kinderen

Een vergelijking van directe en indirecte logopedische begeleiding bij jonge kinderen met een communicatieve beperking

Naam studenten: Sandra Zimmer (0636908)

Julia Maassen (0610879)

Naam begeleider: Johan Dekelver

Tweede beoordelaar : Ester Hendricks

Jaar: 2009/2010

Inleverdatum: 07.06.2010

© 2010 Hogeschool Zuyd

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Dankwoord

Via deze weg willen wij alle mensen bedanken die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze thesis.

In de eerste plaats bedanken wij Johan Dekelver voor de hele begeleiding, deskundige kijk op de thesis en hulp bij het omzetten van het onderzoek bij de deelnemers van de Hanencursus™ (PDMT).

Verder dank aan alle mensen die literatuur aan ons ter beschikking hebben gesteld, in het bijzonder aan TNO en Caroline Kaal voor het opsturen van de TAPQOL en het beantwoorden van onze vragen.

Bovendien bedanken wij Ellen Gormanns, Volker Güttgemanns, Birgit Hilgers, Susanne Michen en Heike Zimmer voor het kritisch lezen van deze thesis en de tips die ze ons hebben meegegeven.

Een bijzondere dank aan Ester Hendricks voor haar moeite en het besluit zo spontaan deze thesis nog te beoordelen.

Naast bovengenoemde personen gaat onze dank uit naar alle kinderen, ouders en medewerkers binnen de betrokken instanties.

Als laatste bedanken wij aan onze ouders, familieleden en vrienden voor hun steun en interesse.

Bedankt!

Julia Maassen

Sandra Zimmer

Heerlen, juni 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
Inleiding	7
Hoodstuk 1: Theoretisch achtergrond	10
1.1 Levenskwaliteit	10
1.1.1 Waarom is het meten van levenskwaliteit zo belangrijk?	11
1.1.2 Hoe meet men levenskwaliteit?	11
1.1.3 Dimensies	15
1.2 Het in deze thesis gebruikte meetinstrument	15
1.2.1 TAPQOL	16
1.2.2 Verantwoording voor het gebruikte meetinstrument	17
1.3 Eerdere studies	18
1.3.1 Studie: Kwaliteit van leven van kinderen met taalontwikkelingsproblemen (van Agt et al., 2005)	18
1.3.2 Studie: Levenskwaliteit bei kinderen met spraak- en taalstoornissen (Thiesen, 2006)	18
1.4 Logopedische therapie	19
1.4.1 Directe versus indirecte logopedische therapie	20
1.4.2 Directe logopedische therapie	21
1.4.3 Indirecte logopedische therapie	23
1.4.3.1 Ouderbegeleidingsprogramma's	23
1.4.3.1.1 Hanencursus™ (PDMT)	25
1.4.4 Verantwoording voor het gebruik van de Hanencursus™ PDMT	26
1.5 Hypothese	26
Hoofdstuk 2: Methodologie	27
2.1 Populatie	27
2.2 Criteria	27
2.2.1 Inclusiecriteria	27
2.2.2 Exclusiecriteria	28
2.3 Meetinstrument	28
2.4 Procedure	28
2.5 Onderzoeksdesign	29
Hoofdstuk 3: Resultaten	30
3.1 Gemiddelde percentages per groep	30
3.1.1 Controlegroep	32
3.1.2 Proefgroep	32
3.2 Resultaten per proefpersoon	33
3.2.1 Controlegroep	33
3.2.2 Proefgroep	35

Hoofdstuk 4: Conclusie	37
Hoofdstuk 5: Discussie	38
Hoofdstuk 6: Aanbevelingen	40
Literatuurlijst	41
Bijlagen	47
Bijlage 1a: Informatiebrief voor de proefgroep	48
Bijlage 1b: Informatiebrief voor de controlegroep	49
Bijlage 2a: Verklaring toestemming (proefgroep)	50
Bijlage 2b: Verklaring toestemming (controlegroep)	51
Bijlage 3: TAPQOL	52
Bijlage 4: Verdeling van de somscores	65

Samenvatting

Het meten van levenskwaliteit wordt steeds belangrijker, omdat de ziektekostenverzekeringen in de toekomst alleen maar voor effectieve interventies zullen betalen. Daarom is het belangrijk om naast het effect van de behandeling van taal- en spraakstoornissen ook de verbetering in levenskwaliteit van logopedische interventies in kaart te brengen. Het gaat niet enkel om verbetering in spraak- en taalverwerving, maar ook om hoe iemand zich voelt en dat betreft de levenskwaliteit.

In deze bachelorthesis werd onderzocht in hoeverre de levenskwaliteit van kinderen in de leeftijd van twee tot vier jaar met een communicatieve beperking verschilt als deze directe logopedische therapie krijgen of hun ouders aan de Hanencursus™ 'Praten doe je met z'n tweeën' (PDMT) (indirecte therapie) deelnemen. Tot de Hanencursus™ (PDMT) behoorden twee kinderen met hun ouders en tot de directe therapie drie kinderen. Als meetinstrument werd de TNO-AZL Pre-school Quality of Life (TAPQOL) gebruikt.

De resultaten geven aan dat zowel de proefgroep (deelnemers van de Hanencursus™ PDMT) als de controlegroep (deelnemers van directe logopedische therapie) bij de domeinen ,gedrag' en ,communicatie' een verbetering laat zien. Terwijl de controlegroep bij het domein ,gedrag' een hogere stijging vertoont, is de verbetering in het domein ,communicatie' bij de proefgroep hoger.

Sleutelwoorden:

- Levenskwaliteit
- TAPQOL
- Indirecte logopedische therapie
- Communicatieve beperking

Inleiding

De aanleiding voor het onderzoek

Het wordt steeds belangrijker de levenskwaliteit te meten, omdat vaak naar effectiviteit en redelijkheid van medische behandelingen wordt gevraagd (Bowling, 2001). Dit betekent dat de ziektekostenverzekeringen steeds meer alleen voor effectieve interventies zullen gaan betalen. Om deze reden is het belangrijk om naast het effect van spraak- en taaltherapie ook de verandering in levenskwaliteit als gevolg van de logopedische interventies in kaart te brengen.

Beroepsmatige relevantie

Logopedische onderzoeken zijn vooral op stoornisniveau gericht. Door middel van tests wordt er een diagnose gesteld (stoornis). Er wordt nog niet altijd gekeken naar de gevolgen van deze stoornis op de levenskwaliteit. Bij deze metingen wordt noch met het activiteits- noch met het participatieniveau rekening gehouden. Om het effect van logopedische therapie beter te kunnen meten, is het relevant de subjectieve ervaringen van de patiënten met betrekking tot hun ziekten en behandelingen te meten. Tengevolge van een uitgebreide meting op zowel activiteits- als ook op participatieniveau kan de kwaliteit van logopedische therapie verbeterd worden (Bullinger, Ravens-Sieberer, 1995). Het meten van levenskwaliteit is van belang voor het uitzetten van een rationeel gezondheidszorgbeleid. Het gaat niet meer alleen om of de ernst van de stoornis afneemt, maar ook om hoe die persoon zich voor en na de behandeling voelt en dat betreft de levenskwaliteit. Voor logopedisten is het noodzakelijk te weten, welke factoren de levenskwaliteit van patiënten beïnvloeden, om de therapie aan de wensen en behoeften van de patiënt aan te kunnen passen (zie figuur a).

In deze bachelorthesis werd onderzocht in hoeverre de levenskwaliteit van kinderen verschilt wanneer de kinderen directe logopedische therapie krijgen of de ouders aan de Hanencursus™ 'Praten doe je met z'n tweeën' (PDMT) (indirecte therapie) deelnemen. Omdat twee van de effecten van de Hanencursus™ (PDMT) een verbetering van sociaal functioneren en communicatieve vaardigheden zijn (Hanan Centre; research summary) en

deze aspecten deel uitmaken van de levenskwaliteit, werd verwacht dat de Hanencursus™ (PDMT) (indirecte logopedische therapie) met betrekking tot de levenskwaliteit het meest effectief is.

Literatuurgegevens

Er bestaan resultaten over het effect van logopedische therapie met betrekking tot fonologie, expressieve woordenschat en communicatief gedrag. Verder zijn er enkele studies waarin de TNO-AZL Pre-school Quality of Life (TAPQOL) werd gebruikt om de levenskwaliteit van kinderen met een medische aandoening in kaart te brengen. In de studies van van Agt et al. (2005) en Thiesen (2006) wordt de levenskwaliteit van kinderen met spraak- en taalstoornissen onderzocht. Uit deze studies blijkt dat taalontwikkelingsproblemen een negatief effect op de levenskwaliteit van de kinderen hebben. Omdat de ziektekostenverzekeringen effectiviteit van logopedische interventies verwachten, wordt deze steeds belangrijker.

Er werden geen gegevens gevonden over onderzoek naar het verschil tussen indirecte en directe logopedische therapie met betrekking tot het effect op de levenskwaliteit. Uitgaand van deze probleemstelling werd in deze thesis de volgende vraagstelling geformuleerd:

Is er een verschil in levenskwaliteit bij kinderen afhankelijk van de logopedische interventiemethode (Hanencursus™ PDMT en directe logopedische therapie)?

Opbouw van de thesis

Allereerst wordt in hoofdstuk 1 de basis van de thesis beschreven, de theoretische achtergrond. Hierin worden ook de begrippen die voor deze thesis van belang zijn verduidelijkt. Tevens worden hier de keuzes ten aanzien van opzet en uitvoering verantwoord. De methodologie, de opzet en uitvoering van het onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de verkregen resultaten van het onderzoek weergegeven. Deze worden vervolgens geïnterpreteerd in hoofdstuk 4, de conclusie. Tevens komen in hoofdstuk 5 en 6 de discussie en de aanbevelingen aan bod.

Hoofdstuk 1: Theoretisch achtergrond

In de theoretische achtergrond komen volgende hoofdkopjes aan bod:

- Levenskwaliteit
- Het in deze thesis gebruikte meetinstrument
- Eerdere studies
- Logopedische therapie

1.1 Levenskwaliteit

De betekenis van het begrip ‘levenskwaliteit’ is steeds afhankelijk van de gebruiker van de term, zijn interpretatie van het begrip en zijn positie binnen de sociale en politieke structuur (Edlund, Tancredi, 1985). Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (gkvl) heeft enkel betrekking op die domeinen van algemene levenskwaliteit die beïnvloed worden door iemands gezondheid (Lin, Niparko, 2006).

Als er gesproken wordt over levenskwaliteit, wordt dan ook vaak gkvl, ofwel Health Related Quality of Life (HRQoL) bedoeld, waarbij de nadruk ligt op dimensies die relevant zijn voor iemands gezondheid en die aangedaan zijn bij ziekte (mobiliteit, pijn en geestelijk welzijn) (Raat et al., 2006).

“Quality of life is defined as an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships to salient features of their environment.”
(WHOQOL Group, 1998, p. 551)

1.1.1 Waarom is het meten van levenskwaliteit zo belangrijk?

Levenskwaliteit wordt steeds meer gezien als een belangrijke uitkomstmaat in de gezondheidszorg. Het meten van levenskwaliteit wordt steeds belangrijker, omdat vaak naar effectiviteit en redelijkheid van medische behandelingen wordt gevraagd (Bowling, 2001). Het meten van levenskwaliteit is van belang voor het uitzetten van een rationeel gezondheidszorgbeleid, omdat kwaliteitsmaten het mogelijk maken heel verschillende aandoeningen en interventies te meten (Saarni et al. 2007). Welzijn en “functionaliteit” zijn in dat opzicht steeds belangrijker geworden (Bullinger, Ravens- Sieberer, 1995). Het gaat met andere woorden niet meer alleen om of de ernst van een stoornis afneemt, maar ook om hoe die persoon zich voor en na de behandeling voelt en dat betreft de levenskwaliteit.

1.1.2 Hoe meet men levenskwaliteit?

Om levenskwaliteit meetbaar te maken, is het noodzakelijk te bepalen wat gemeten moet worden en de overeengekomen concepten te definiëren en te vertalen in een observeerbare vorm. Dit is essentieel, als levenskwaliteit wordt gebruikt in een onderzoek en noodzakelijk om te kunnen bepalen, of een levenskwaliteitschaal al dan niet valide is (Bowling, 2001). Gehlen, Prevoo en Timmermans (Gehlen, Prevoo & Timmermans, 2007) noemen drie aspecten, die het meten van de HRQoL kunnen beïnvloeden:

- Mensen hebben verschillende verwachtingen. De verwachtingen ontstaan door ervaringen en kunnen daarom variëren tussen individuen en zijn afhankelijk van verschillen in sociale, psychologische, sociaal-economische, demografische en andere culturele aspecten.
- Verwachtingen kunnen veranderen over een bepaalde tijd. De ervaringen van mensen zijn onderhevig aan veranderingen gedurende hun leven.
- Mensen kunnen op een verschillend punt van hun ziekte-traject zitten wanneer de HRQoL wordt gemeten.

In het jaar 1997 werd door Sarno (Sarno, 1997, p. 665) gelanceerd, dat gezondheid “*niet alleen een afwezigheid van ziekte, maar ook als een toestand van psychisch, mentaal en sociaal welzijn*” verklaard wordt. Concluderend is levenskwaliteit een individuele waarneming van een persoon, van zijn of haar leven in een bepaalde cultuur met normen en waarden en de invloed hiervan op zijn of haar individuele doelen, verwachtingen, normen en waarden. Levenskwaliteit omvat psychische, sociale en emotionele aspecten van het bestaan van een persoon, die belangrijk en relevant zijn voor het individu zelf. Volgende vier aspecten zijn essentieel om levenskwaliteit van een mens te beoordelen (Zhan, 1992; Bearon, George, 1980):

1) Levenstevredenheid

Levenstevredenheid is een cognitieve evaluatie gebaseerd op persoonlijke omstandigheden verkregen uit een vergelijking van iemands streven met iemands actuele prestaties. Levenstevredenheid reageert bovendien op veranderingen in externe condities (bijv. het land waarin iemand leeft) en wordt beïnvloed door persoonlijke achtergronden, karakter, directe omgeving en de gezondheid. Het zijn de persoonlijke levenservaringen, die verwijzen naar het vervullen van behoeften, verwachtingen, wensen en verlangens (Lizon, Zimmer, 2006).

2) Zelfinzicht

Zelfinzicht (zelfachting, zelfbeeld) is volgens Lizon en Zimmer (2006) een psychische evaluatie, een samenstelling van verwachtingen en gevoelens die iemand over zichzelf heeft op een bepaald moment. Deze evaluatie wordt gevormd door individuele waarnemingen en door feedback of reacties van anderen, op het eigen functioneren.

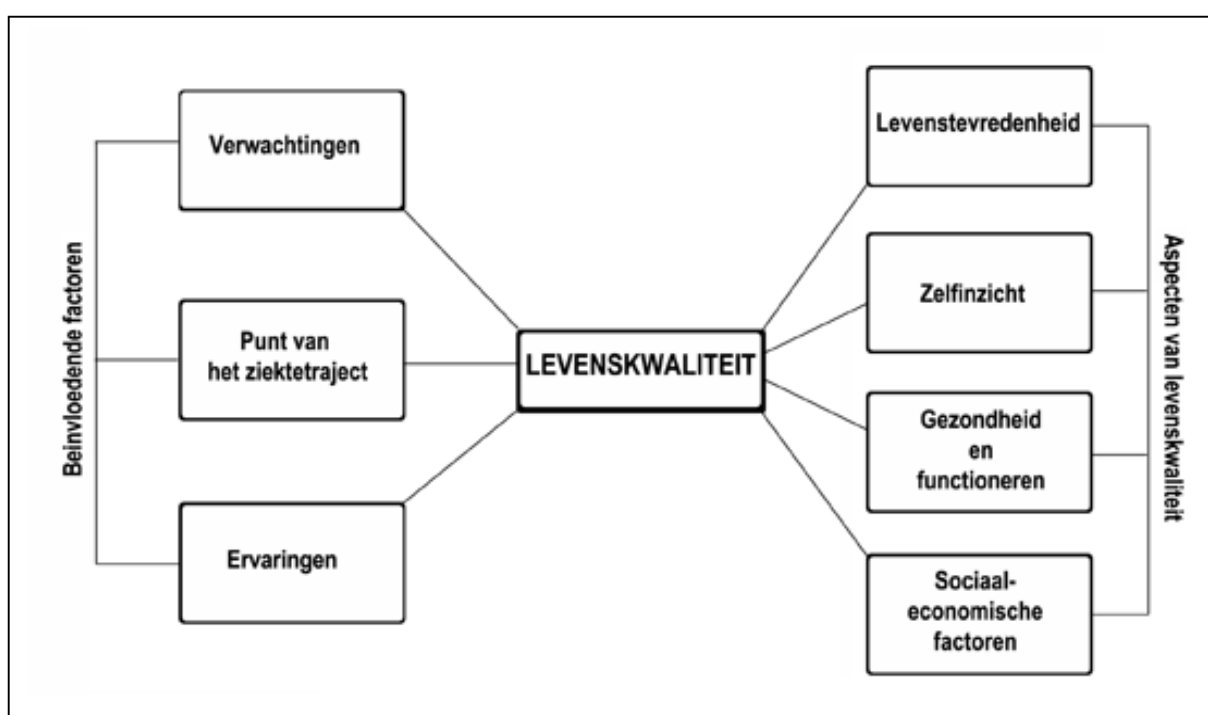
3) Gezondheid en functioneren

Er bestaan verschillende definities voor de term gezondheid. Het is belangrijk om bij het meten van dit aspect een instrument te hebben dat zowel de klinische aspecten als de subjectieve mening van het individu meet (Thiesen, 2006).

4) Sociaal-economische factoren

Sociaal-economische factoren worden gerelateerd aan het psychologische welzijn, een gevoel van waarborg en zelfachting. De sociaal-economische factoren bestaan uit drie componenten: bezittingen, opleiding en inkomen. Deze componenten kunnen objectief gemeten worden, maar ook de subjectieve mening is erg belangrijk (Lizon, Zimmer, 2006).

In onderstaande figuur a worden de bovengenoemde beïnvloedende factoren en aspecten van levenskwaliteit weergegeven.



Figuur a: Beïnvloedende factoren en aspecten van levenskwaliteit (eigen afbeelding)

De levenskwaliteit van een mens kan zowel objectief als ook subjectief gemeten worden. De objektieve levenskwaliteit betreft de functionele status en de mogelijkheden van een individu, van zijn vaardigheden gebruik te maken, om de eigen belangen te verwezenlijken (Bowling, 2001). Objektieve indicatoren geven de levensomstandigheden weer, die einen invloed op de levenservaringen hebben. Echter deze meten niet direct de levenservaringen (Zhan, 1992). De

subjectieve levenskwaliteit beschrijft het welzijn van een mens met zijn levenssituatie (Bowling, 2001). Subjectieve metingen hebben het voordeel dat ze direct meten, wat de onderzoeker wil weten, dus de mate van het individueel welzijn en de mate waarin het individu aan menselijke ervaringen kan deelnemen (Zhan, 1992).

Tegenwoordig zijn er verschillende methodes om levenskwaliteit te meten (Hütter, 2000; Bullinger, Ravens-Sieberer, 2001). Onder andere bestaat er de zelfinschatting van de cliënt. Ondertussen is het vanzelfsprekend met de subjectieve visie van de cliënt rekening te houden (Hütter, Brüggemann & Karlowitz, 2002). Perenboom en Chorus (2003); Bettge, Erhart & Ravens-Sieberer, (2003) zijn van mening dat de respondent zelf het best zijn deelname aan dagelijkse situaties kan inschatten.

Vragenlijsten om de levenskwaliteit te meten, kunnen in twee domeinen worden onderverdeeld: Ten eerste zijn er generic measures (algemene meetinstrumenten). Deze meten de levenskwaliteit van personen zonder in te gaan op een specifieke ziekte of stoornis en zijn af te nemen bij gezonde en zieke populaties (Ravens-Sieberer et al., 2001). Het voornaamste doel van generic measures is een vergelijking van resultaten van verschillende studies en patiëntenpopulaties (Aaronson, 1989; Connolly, 1999). Deze vergelijking geeft echter geen antwoord op veranderingen in de patiëntenpopulatie met betrekking tot conditie of ziekte (Connolly, 1999).

Ten tweede zijn er specific measures (specifieke instrumenten). Deze meten kleine, maar toch belangrijke veranderingen (Connolly, 1999) en kunnen voor de effectmeting van een therapie worden ingezet. Ziektespecifieke levenskwaliteit-instrumenten meten de impact van een specifiek ziektebeeld (bijvoorbeeld astma, diabetes of epilepsie) op het subjectieve welzijn van de personen lenen zich dus voor de evaluatie van specifieke behandelingen.

Kinderen in de leeftijd van 8 jaar en ouder blijken in staat valide en betrouwbaar vragen over hun eigen levenskwaliteit te beantwoorden (de Kroon, Houdiamont, 2008). Wanneer een kind te jong is of fysiek niet in staat om vragen te beantwoorden, wordt er gebruikt gemaakt van een beoordeling door een betrokken derde ('proxy-rating') om geen waardevolle informatie te

verliezen (Connolly, 1999; Flechtner et al., 2000; Theunissen et al., 1998). Bij deze kinderen kan een ouderlijst een objectief perspectief bieden. Ouders blijken de levenskwaliteit van hun kinderen beter in te kunnen schatten dan hulpverleners (Barr et.al., 1994).

1.1.3 Dimensies

Op dit gebied is theorie van de Kroon en Hodiamont (Hodiamont, de Kroon, 2008) van doorslaggevend belang. Men gaat ervan uit dat er een bepaalde set herkenbare elementen bestaat, waaruit levenskwaliteit is opgebouwd. Het zou dus mogelijk moeten zijn een generiek instrument te ontwikkelen voor alle mensen, los van hun culturele, economische of gezondheidsstatus. Tot op heden is men daar niet in geslaagd. Wel is er consensus over de te kiezen dimensies. Bij volwassenen betreft dat de fysiologische en psychologische dimensie en de dimensie sociaal functioneren. Omdat kinderen groeien en zich ontwikkelen binnen een sociale context, komen ervoor hen die factoren nog bij. Bij de keuze van dimensies dient men dus rekening te houden met familie, vriendengroep, school en leefomgeving van het kind. De WHO (1994) heeft dan ook een richtlijn voor levenskwaliteit bij kinderen opgesteld waarin al deze dimensies worden genoemd: familie/sociale relaties; fysiek functioneren; psychologisch functioneren; fysiek uiterlijk; psychosociale relatie met de sociale en materiële omgeving; de kenmerken van deze omgeving, zoals school, eten, taken, ruimte en materieel comfort.

1.2 Het in deze thesis gebruikte meetinstrument

In deze paragraaf wordt het in deze thesis gebruikte meetinstrument TAPQOL (TNO-AZL Pre-school Quality of Life) met betrekking tot de opbouw, inhoud en de scoring beschreven. Verder wordt een verantwoording voor het gebruiken van deze vragenlijst gegeven.

1.2.1 TAPQOL

Bruil, Fekkers, Vogels en Verrips (Bruil, Fekkers, Verrips & Vogels, 2004) geven volgende informatie over de opbouw en de inhoud van de TAPQOL: de TAPQOL meet de opvatting van ouders met betrekking tot de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van hun kinderen van een tot vijf jaar. De TAPQOL werd ontwikkeld om een systematisch, valide en betrouwbaar gkv mogelijk te maken.

De lijst wordt door een proxy (bijvoorbeeld een ouder) ingevuld. De tijdsduur daarvoor bedraagt ongeveer tien minuten.

De TAPQOL is een generiek, meerdimensionaal instrument dat met 43 items 12 domeinen van de Health Related Quality of Life van kinderen van een tot vijf jaar beslaat.

Fysiek functioneren

Slaap, Eetlust, Longen, Buik, Huid, Motoriek

Sociaal functioneren

Sociaal, Gedrag

Cognitief functioneren

Communicatie

Emotioneel functioneren

Angst, Positieve emoties, Opgewektheid

De TAPQOL is genormeerd en gevalideerd in een steekproef van 362 kinderen van een tot vijf jaar uit de algemene bevolking (van Agt et al., 2005). De domeinen, die door de TAPQOL worden onderzocht, zijn op literatuurstudie, discussies met experts en statistisch onderzoek gebaseerd.

Om de gkv te onderzoeken, bestaan de meeste items uit twee sub-vragen. Eerst wordt gevraagd naar het voorkomen (,nooit', ,soms' of ,vaak') van een probleem. De tweede vraag

heeft betrekking op de gevoelens van het kind wanneer het betreffende probleem ,soms‘ of ,vaak‘ voorkomt (‘Mijn kind voelde zich daarbij: goed/ niet zo goed/ vrij slecht/ slecht’). De score per item kan variëren van 1 (probleem komt ‘nooit’ voor) tot 5 (probleem komt ‘soms’ of ‘vaak’ voor en het kind voelt zich daarbij ‘slecht’).

Om de levenskwaliteit in kaart te brengen, wordt per domein een score berekend. De kleinste score is 0, de hoogste score is 100. Hoe hoger de score, hoe kleiner het probleem (zie bijlage).

1.2.2 Verantwoording voor het gebruikte meetinstrument

Gezondheidsgerelateerde meetinstrumenten voor levenskwaliteit die alle bovengenoemde dimensies inhouden en valide zijn voor kinderen in ‘preschool age’, zijn zeldzaam. Één actuele studie ondertekent de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de TAPQOL voor kinderen met een leeftijd van twee tot achtenveertig maanden (Raaijmakers, Mohanoo, Grootenhuis, 2006). Er werd in deze thesis voor de TAPQOL gekozen, omdat deze vragenlijst genormeerd en gevalideerd is. Bovendien is er voor de vragenlijst een Duitse en een Nederlandse versie beschikbaar, zodat deze ook in het Duits valide en gestandaardiseerd is. Verder zijn er al enkele studies met deze vragenlijst uitgevoerd (zie verder paragraaf ‘Eerdere studies’) en het blijkt dat de vragenlijst de levenskwaliteit goed in kaart brengt. Daarbij omvat de TAPQOL precies de leeftijd van de doelgroep van de HanencursusTM (PDMT).

De TAPQOL omvat twaalf domeinen, die alle bij een van de vier aspecten van levenskwaliteit horen:

Levenstevredenheid	→ Positieve emoties
Zelfinzicht	→ Angst, Gedrag, Opgewektheid
Gezondheid en functioneren	→ Buik, Huid, Longen, Slaap, Trek, Motoriek, Communicatie
Sociaal- economische factoren	→ Sociaal

1.3 Eerdere studies

Er bestaan resultaten over het effect van logopedische therapie met betrekking tot fonologie, expressieve woordenschat en communicatief gedrag. Verder zijn er enkele studies waarin de TAPQOL werd gebruikt om de levenskwaliteit van kinderen met een medische aandoening in kaart te brengen. In de studies van van Agt et al. (2005) en Thiesen (2006) wordt de levenskwaliteit van kinderen met spraak- en taalstoornissen onderzocht. In deze paragraaf worden de voor deze thesis belangrijke studies kort beschreven en de resultaten voorgesteld.

1.3.1 Studie: Kwaliteit van leven van kinderen met een taalontwikkelingsprobleem (van Agt et al., 2005)

In deze studie werd de gkvl ten gevolge van een taalontwikkelingsprobleem bij kinderen onderzocht. Door middel van een vragenlijst aan de ouders zijn gegevens verzameld over de taalontwikkeling (door middel van het Taal Screenings Instrument voor driejarigen en Van Wiechen-items) en de KvL (door middel van zes van twaalf schalen van de TAPQOL) in een groot bevolkingscohort van driejarige kinderen. Kinderen met taalproblemen hadden significant lagere scores voor Communicatie en Sociaal Functioneren dan kinderen zonder taalproblemen. De scores voor Probleemgedrag, Angst, Stemming en Energie verschilden niet tussen kinderen met en zonder taalproblemen.

1.3.2 Studie: Levenskwaliteit bij kinderen met spraak- en taalstoornissen (Thiesen, 2006)

Om de levenskwaliteit van kinderen met spraak- en taalstoornissen in kaart te brengen, is er een onderzoek gedaan naar de levenskwaliteit van kinderen binnen drie groepen. De controlegroep bestond uit 25 kinderen afkomstig uit het reguliere basisonderwijs, zonder taal- en spraakstoornissen. De logopediegroep was eveneens afkomstig uit het reguliere basisonderwijs en bevatte 25 kinderen, met taal- en spraakstoornissen. De SBO-groep omvatte drie kinderen uit het speciale basisonderwijs, met eveneens spraak- en

taalstoornissen. Om de levenskwaliteit te meten, werd er gebruik gemaakt van een nieuw instrument, de LIST-K (Levenskwaliteit, instrument voor spraak- en taalgestoorde kinderen). De hierin gebruikte vragen zijn afkomstig uit verschillende, bestaande instrumenten voor het meten van levenskwaliteit bij kinderen. Uit de KINDL (Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) en de TAPQOL werden vragen gehaald, die betrekking hebben op een globaal inzicht van de levenskwaliteit en uit de ALS en de LFA I en II (Lebensqualitätstest für Aussprachestörungen) (Lizon, Zimmer, 2004) werden vragen gehaald, die meer ingaan op de spraak en taal en de problemen die zich daarbij kunnen voordoen. Uit de resultaten bleek dat de logopediegroep significant hoger scoorde dan de controlegroep voor zowel de kinderen als de ouders. Dit wil zeggen dat de kinderen uit de logopediegroep meer problemen ervaren in hun levenskwaliteit en dat ouders dit beaamen.

1.4 Logopedische therapie

Omdat in deze thesis de levenskwaliteit binnen logopedische interventie wordt onderzocht, wordt in deze paragraaf nader op de logopedische therapie ingegaan.

Kinderen leren taal tijdens dagelijkse activiteiten en routines, in interactie met hun belangrijkste verzorgers, meestal de ouders. Deze kunnen daarom goede partners zijn bij het stimuleren van de ontwikkeling bij kinderen met ontwikkelingsproblemen. Als de communicatie tussen ouder en kind verstoord is, hebben de ouders er veel last van en proberen ze een oplossing te vinden door bijvoorbeeld de taal van de kinderen te leren in plaats van andersom. Op zoek naar hulp komen de ouders ofwel bij een hulpverlener terecht die het kind behandelt (direct), ofwel bij een hulpverlener die de ouders als partner inschakelt (indirect) (Buekers, Dekelver in Manders et al., 2002).

1.4.1 Directe versus indirecte logopedische therapie

Binnen de spraak-taalpathologie wordt er vaak gebruik gemaakt van directe therapie. Ten eerste gebeurt dit omdat logopedisten niet goed getraind worden in ouderbegeleiding (die noodzakelijk is bij indirecte therapie) en ten tweede omdat het gezondheidszorgmodel vooral de directe therapie waardeert (Buekers, Dekelver in Manders et al., 2002). Toch wordt de indirecte aanpak door verschillende instanties steeds meer gebruikt. Logopedisten trainen leerkrachten en ouders/verzorgers en leveren programma's en adviezen over hoe men uit de communicatieve omgeving van het kind het maximale kan halen (Law et al., 2005).

Er spreken zowel inhoudelijke als ook economische argumenten voor een indirecte therapie: kinderen leren sneller wanneer de therapeut en de ouders samenwerken. Verder brengen de ouders als ze een indirecte therapie volgen veel meer tijd door met hun kind dan dit voor een logopedist mogelijk is. Daarom is er een kostenbesparend effect als het sneller zou gaan en men de ouders (individueel of in groep) de gewenste resultaten kan laten bereiken en tegelijkertijd hun tevredenheid kan doen toenemen. Hierdoor kan ouderbegeleiding als een effectieve interventie worden beschouwd (Buekers, Dekelver in Manders et al., 2002). Als de ouders bij de logopedische interventie betrokken worden, worden de woordenschat, de ontwikkeling van meerwoordzinnen, de prosodie en het functioneren binnen de familie bevorderd (Law et al., 2005).

“Regardless of the parent program utilized, research studies support the efficacy of parent training for improving a variety of communication and language skills (e.g., pragmatic functions, vocabulary, mean length of utterance, morphosyntax).”
(Girolametto, Weitzman in Pappas, McLeod, 2008, p.163)

Het is toch belangrijk dat niet alle kinderen en hun ouders voor indirecte therapie geschikt zijn, omdat indirecte therapie meer kennis en inzet van de ouders vraagt dan bij directe therapie.

“(...) [Es wird] in den meisten Fällen nicht beachtet, ob die Eltern ihre Rolle als sogenannte Co-Therapeuten überhaupt erfüllen können. Eltern müssen in diese Rolle hineinwachsen und sollten idealer Weise angeleitet werden, wie sie sich verhalten sollen.” (Ackermann, 2004, p.7)

„(...) *some parents may be more suited to parent treatment than others.*” (Jeffries, 2007, p.29).

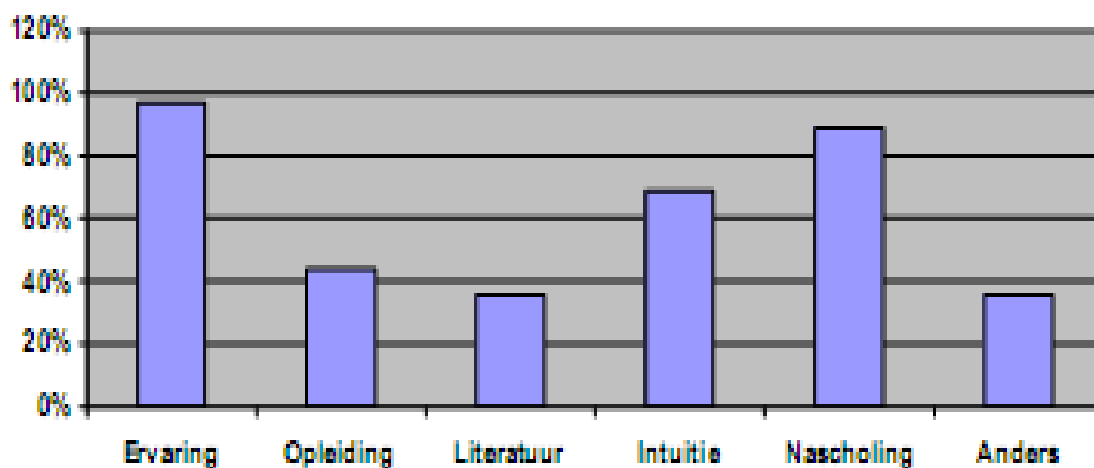
1.4.2 Directe logopedische therapie

Bij de directe therapie is een effectmeting moeilijk, omdat uit studies blijkt dat logopedisten hun behandelingen op verschillende aspecten (ervaringen, opleiding, literatuur, intuïtie, nascholing en anders) baseren (Graffius, Meewis, ten Tije, 2006).

In de bovengenoemde studie werden 36 logopedisten in Nederland gevraagd op basis waarvan ze hun behandel materiaal kiezen (figuur b). Aan de hand van onderstaande figuur kan men zien dat de logopedisten hun behandelingen vooral op ervaringen, nascholing en intuïtie baseren. Het minst worden de behandelingen op de literatuur gebaseerd.

De respondenten die “anders” aangaven hadden de mogelijkheid dit toe te lichten. Hierbij werd vermeld:

- Overleg met collega's/ afstudeerkring;
- Aansluiting bij interesses van het kind.



Figuur b: Aspecten waarop logopedisten hun behandeling baseren (Graffius, Meewis, ten Tije, 2006).

Verder werd in de studie onderzocht welke programma's de logopedisten voor kinderen met een communicatieve beperking gebruiken (figuur c).

Behandelmethodes/materialen	A	B	C	D	E
Logo•Art Basisprogramma	12%	74%	5%	8%	9%
LOGOPEDIEklapper	24%	17%	0%	4%	0%
FIT	58%	26%	71%	40%	18%
METAPHON	52%	44%	0%	0%	0%
Logische reeksen	21%	13%	43%	20%	55%
Moeilijke woorden memory	12%	13%	5%	12%	0%
Praatboeken	55%	26%	62%	84%	46%
LDA-materiaal	36%	17%	33%	40%	18%
Hudson en Paden	39%	44%	5%	8%	0%
Denkstimulerende gespreksmethodiek	18%	17%	14%	28%	46%
Woordenschatprogramma Braam•Voeten	0%	0%	5%	20%	9%
Van Riper	3%	0%	0%	0%	0%
Kinderboeken	55%	35%	43%	72%	46%
Picto	27%	9%	71%	40%	18%
Lotto	52%	26%	43%	68%	18%
Topologie 1	3%	0%	5%	8%	18%
Transparant	55%	30%	95%	56%	36%
Verhalendoos "Wat zou jij doen"	9%	9%	5%	4%	46%
Schubi, Colorcards	39%	13%	29%	40%	55%
TenT	24%	9%	62%	16%	18%
Vertel Poster beertje Ploem	6%	0%	0%	4%	0%
Software	9%	9%	0%	4%	0%
Anders	27%	61%	29%	32%	18%

A = Spraakproductie
 B = Auditieve verwerking/spraakperceptie
 C = Grammaticaal-linguistische kennis
 D = Lexicaal-semantische kennis
 E = Pragmatiek

Figuur c: logopedische programma's voor de behandeling van communicatieve beperking (Graffius, Meewis, ten Tije, 2006).

Ofschoon er geen standaardprogramma voor de behandeling van communicatieve beperkingen bestaat, zegt de literatuur dat logopedische therapie met betrekking tot fonologie, expressieve woordenschat en het communicatieve gedrag effectief is (Dekelver, 2009).

Law et al. (2005, p.1) beschrijven de resultaten van hun meta-analyse als volgt:

“The results suggest that speech and language therapy is effective for children with phonological or vocabulary difficulties (...).”

In de spraak- en taalpathologie worden de ouders nog niet zo vaak ingeschakeld, omdat logopedisten niet veel trainingen krijgen in ouderbegeleiding en omdat het gezondheidszorgmodel vooral directe therapie waardeert.

“There are no universal guidelines on what type of intervention to offer children with primary speech and language delay/disorder or on its timing, nor is there consistent evidence upon which to base a decision, meaning that the decision is often left to individual therapists and services” (Law, Garrett, Nye, 2005, p.2).

1.4.3 Indirecte logopedische therapie

Tot de indirecte logopedische therapie behoren verschillende ouderbegeleidingsprogramma's die in deze paragraaf nader worden toegelicht.

1.4.3.1 Ouderbegeleidingsprogramma's

In de onderstaande tabel (tabel 1) worden de programma's beschreven, die voor kinderen met een leeftijd van twee tot vier jaar met een communicatieve beperking geschikt zijn.

	HC PDMT	Kangoeroe	VISITE	HPLI
Origine	Hanen Centre Toronto/ NIZW	NSDSK FENAC	iRv ORION AC Hoensbroek	FRIZ- Frühinterventionszent rum
Disciplines	Logopedie	Logopedie	Logopedie, Orthopedie	Logopedie
Doel	- Volgen - Aanpassen - Toevoegen - Communicative interactie	- Informatie - Vaardigheden, - „peer“- interactie	- Interactie - Contactritueel - Taalafstemming	Taalbevordering
Doelgroep	- Groep ouders (aantal: 6-8) - Kinderen (2-4 jr.) max. 3-woordzinnen	- Groep ouders (aantal: 5) - Kinderen (2-3 jr.)	- Ouder in de thuissituatie - Kinderen (2-3 jr.)	- Groep ouders (aantal: 5-10) - Kinderen (2-3 jr.)
Hoeveel-heid	7 à 9 keer 2,5 uur en 3 huisbezoeken	3 keer 2 ½ uur 3 keer 1 uur 3 keer 1 uur	6 keer 1 uur	7 keer à 2 uren Nascholing na een halfjaar van 3 uren
Materiaal	- Videos - Flap-over - Handboek - Actieplannen - Handl. Cursusl.	- Flap-over - Video - Spelkamer	- Video - Thuissituatie	- Taalspelletjes - Videos - boeken

Tabel 1: Ouderbegeleidingsprogramma's¹ (Buekers, Dekelver in Manders et al., 2002).

Het meest gebruikte programma in Nederland is de Hanencursus™ (PDMT), die in de volgende paragraaf verder wordt toegelicht. Deze cursus is ook in dit onderzoek gebruikt.

¹

HC PDMT: Hanencursus™ (PDMT)

HPLI: Heidelberger Parent Language Intervention

NSDSK: Nederlandse Stichting Dove en /of Slechthorende Kinderen

FENAC: Federatie Nederlandse Audiologie Centra

Visitie: begeleiding voor ouders en hun kinderen met specifieke problemen taalverw.

Kangoeroe: begeleiding van ouders van jonge kinderen met een taalontwikkelingsstoornis

iRV: Instituut Revalidatie Vraagstukken

NIZW: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn

1.4.3.1.1 De Hanencursus™ (PDMT)

In de ‘research summary’ van de Hanen Centre (The Hanen Centre, research summary ITTT) is de opbouw en de inhoud van de De Hanencursus™ (PDMT) als volgt beschreven:

De Hanencursus™ (PDMT) is een 1974 ontwikkeld aan de McGill Universiteit in Toronto, Canada. De cursus is een gericht logopedisch interventieprogramma, bedoeld voor ouders van communicatiegestoorde kinderen.

De opzet van de Hanencursus™ (PDMT) ziet als volgt uit:

De Hanencursus™ (PDMT)

- wordt door een Hanen certificeerde logopedist geleid.
- wordt aan groepen van ouders aangeboden (minimaal ouders van zes en maximaal van acht communicatiegestoorde kinderen) en
- heeft drie hoofdcomponenten:
 1. Een assessment en videoopname van de ouder-kind-interactie helemaal in het begin.
 2. Minimaal 16 uren (6 tot 8 sessies) groepstraining voor de ouders.
 3. Drie individuele videofeedback sessies voor iedere ouder (ouder-kind-interactie wordt opgenomen en met de logopedist besproken).

De cursus is gericht op het stimuleren van de communicatieve ontwikkeling van jonge kinderen. Vroegtijdige interventie gericht op het verbeteren van de communicatieve interactie tussen ouders en kinderen geeft de ouders het juiste gereedschap om de spraak- en taalverwerving van hun kind te stimuleren (Weitzman, 1997).

1.4.4 Verantwoording voor het gebruik van de Hanencursus™ (PDMT)

De Hanencursus™ (PDMT) werd als indirecte logopedische interventie gekozen, omdat deze één van de weinige logopedische interventies is, waarvan de evidentie is bewezen. Er zijn vele studies over de Hanencursus™ (PDMT) gedaan (Girolametto et al, 1986; Girolametto, 1997; Tannock et al, 1992; Veerman, Duivenvoorden, 1997). Na afloop van de cursus vertoonden de moeders minder directief gedrag. Uit een follow-up-meting na vier maanden bleek dat deze veranderingen nog bestonden. Verder initieerden de kinderen meer uitingen, gebruikten meer verbale beurtwisselingen, vertoonden een groter sociaal doorzettingsvermogen, hadden een grotere woordenschat, gebruikten meer doelwoorden in gestructureerde – en speelsituaties en vertoonden een grotere lexicale variatie (The Hanen Centre, research summary ITTT).

Door zijn duur van ca. drie maanden wordt er voor een betrouwbaar resultaat gezorgd in vergelijking met een kortere interventie. Verder was het belangrijk, dat er een gestandaardiseerd programma werd gekozen waardoor de stappen en de uitvoering van de interventie zijn vastgelegd. Door het feit, dat de Hanencursus™ (PDMT) alleen door gecertificeerde logopedisten wordt uitgevoerd, wordt voor een hoge validiteit gezorgd.

1.5 Hypothese

Omdat twee van de effecten van de Hanencursus™ (PDMT) een verbetering van sociaal functioneren en communicatieve vaardigheden zijn en deze aspecten uitmaken van de levenskwaliteit, werd de volgende hypothese geformuleerd:

De Hanencursus™ (PDMT) is met betrekking tot de levenskwaliteit effectiever dan directe logopedische therapie.

Hoofdstuk 2: Methodologie

In deze paragraaf wordt de populatie, de criteria, het meetinstrument, de procedure en het onderzoeksdesign van deze thesis beschreven.

2.1 Populatie

Bij het onderzoek werden in totaal vijf kinderen betrokken. De kinderen waren tussen twee en vier jaar en kregen logopedische interventie in de vorm van indirecte (HanencursusTM (PDMT)) of directe therapie. Tot de HanencursusTM (PDMT) behoorden twee kinderen en tot de directe therapie behoorden drie kinderen. De ouders zijn (door middel van een informatiebrief) op de hoogte gesteld van het onderzoek. Tevens werd er om toestemming en medewerking gevraagd.

2.2 Criteria

De kinderen moesten voor het onderzoek aan drie criteria voldoen.

2.2.1 Inclusiecriteria

- De kinderen bevonden zich aan het begin van de logopedische therapie of waren nog niet begonnen met de HanencursusTM (PDMT).
- De kinderen waren tussen twee en vier jaar oud.
- Bij de kinderen was er sprake van een communicatieve vertraging.

2.2.2 Exclusiecriteria

- De kinderen mochten geen verstandelijke beperking hebben.
- De kinderen mochten geen gehoorstoornis hebben.
- De kinderen mochten niet tweetalig werden opgevoed.

2.3 Meetinstrument

Om de levenskwaliteit van de kinderen in kaart te brengen werd voor de genormeerde en gevalideerde vragenlijst TAPQOL gekozen. De TAPQOL is een generieke meetinstrument voor levenskwaliteit. De levenskwaliteit wordt door een proxy- rating in kaart gebracht.

2.4 Procedure

De vragenlijst werd door de ouders van de onderzoeksgroep (deelnemers van de Hanencursus™ (PDMT) die in oktober 2009 van start is gegaan) en de controlegroep (directe therapie) ingevuld. Dit gebeurde bij de T0 meting in het begin van de therapie respectievelijk in het begin van de Hanencursus™ (PDMT) en drie maanden later door een T1 meting.

De vragenlijsten werden nadat ze twee keer waren ingevuld uitgewerkt met statistisch programma SPSS. Deze resultaten werden in het volgende hoofdstuk weergegeven.

Er werd ervoor gekozen de metingen met een tussenperiode van drie maanden te doen, omdat de Hanencursus™ (PDMT) drie maanden duurt en interventies effectiever zijn als ze langer dan acht weken duren (Garrett, Law & Nye, 2004).

2.5 Onderzoeksdesign

Ons onderzoeksdesign is het Small n-design, omdat er maar een kleine groep van proefpersonen is. Verder is het een Between subject design, omdat twee groepen worden vergeleken, die aan verschillende interventies deelnemen en alleen in dit aspect verschillen.

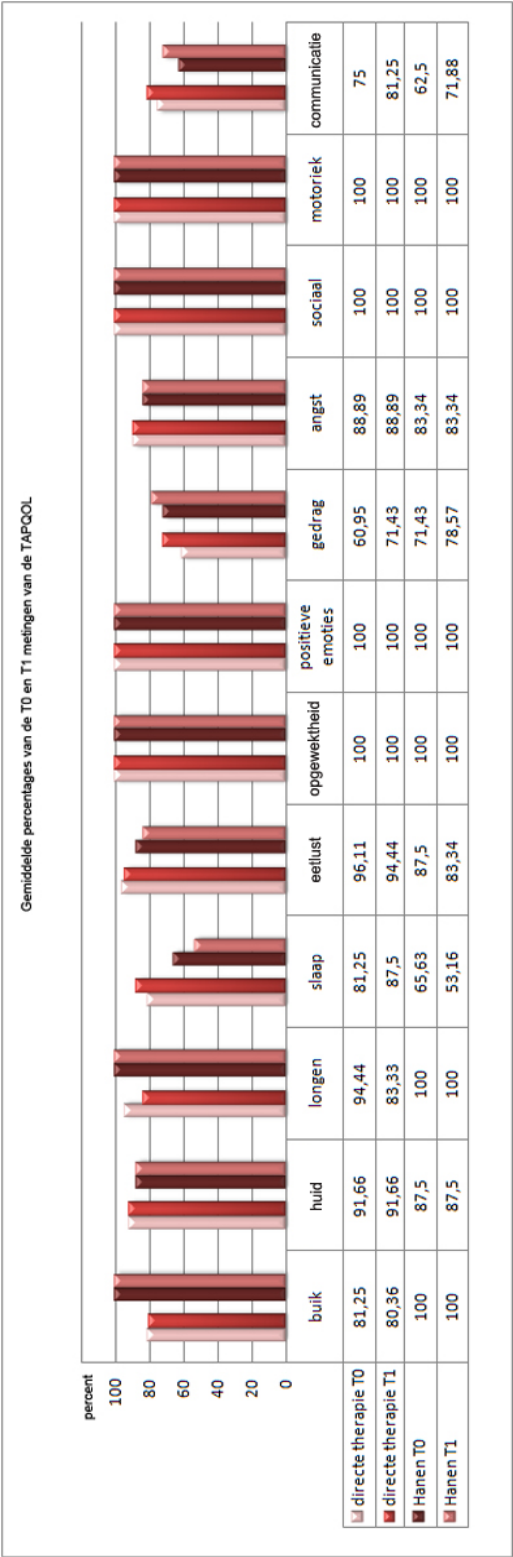
Het was oorspronkelijk niet de bedoeling een dermate kleine proef- en controlegroep te kiezen. Dit was echter noodzakelijk, doordat er van de veertig benaderde praktijken, peuterspeelzalen en andere instanties er slechts twee peuterspeelzalen hebben meegewerkt. Verder waren aanvankelijk vier HanencursussenTM (PDMT) gepland waarvan slechts één cursus doorging. De overige drie cursussen werden geannuleerd, als gevolg van het faillissement van de organisatie.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van deze thesis weergegeven. Er wordt eerst ingegaan op de gemiddelde percentages van de controle- en proefgroep en vervolgens op de resultaten per proefpersoon.

3.1 Gemiddelde percentages per groep

Aan de hand van de ingevulde vragenlijsten van de proef- en controlegroep werden de volgende resultaten gevonden (zie figuur d).



Figuur d: Gemiddelde percentages per groep (eigen afbeelding).

3.1.1 Controlegroep

Bij de controlegroep werd in de domeinen 'slaap', 'gedrag' en 'communicatie' een verbetering vastgesteld. Het gemiddelde percentage steeg bij 'slaap' van 81,25 naar 87,5 (6,25%). Bij het domein 'gedrag' steeg het gemiddelde percentage van 60,95 naar 71,43 (10,48%) en bij het domein 'communicatie' werd een stijging van 75 naar 81,25 (6,25%) vastgesteld. Een verslechtering werd bij de domeinen 'buik' van 81,25 naar 80,36 (0,89%), 'trek' van 96,11 naar 94,44 (1,67%) en 'longen' van 94,44 naar 83,33 (11,11%) gemeten. Bij de domeinen 'huid', 'opgewektheid', 'positieve emoties', 'angst', 'sociaal' en 'motoriek' vond geen verandering plaats.

3.1.2 Proefgroep

In vergelijking met de T0 meting werd bij de T1 meting van de proefgroep bij de domeinen 'buik', 'huid', 'longen', 'opgewektheid', 'positieve emoties', 'angst', 'sociaal' en 'motoriek' geen verandering vastgesteld. Bij het domein 'slaap' werd een verslechtering van 65,63 naar 53,16 (12,47%) en bij 'trek' van 87,5 naar 83,34 (4,16%) gemeten. Bij het domein 'gedrag' vond een verbetering van 71,43 naar 78,57 (7,14%) plaats en bij het domein 'communicatie' steeg het gemiddelde percentage van 62,5 naar 71,88 (9,38%).

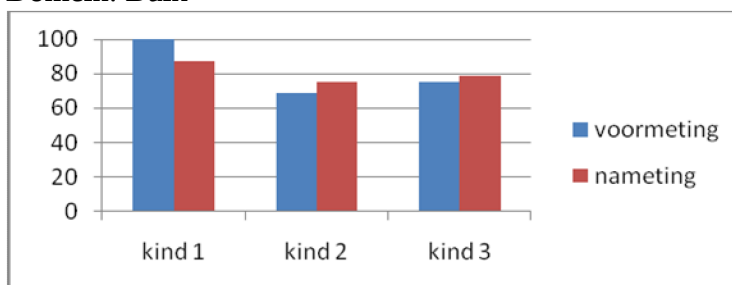
Opvallend is dat zowel bij de proef- als bij de controlegroep bij het domeinen 'gedrag' en 'communicatie' een verbetering werd gemeten. Terwijl de controlegroep bij het domein 'gedrag' een hogere stijging vertoont, is de verbetering in het domein 'communicatie' bij de proefgroep hoger.

3.2 Resultaten per proefpersoon

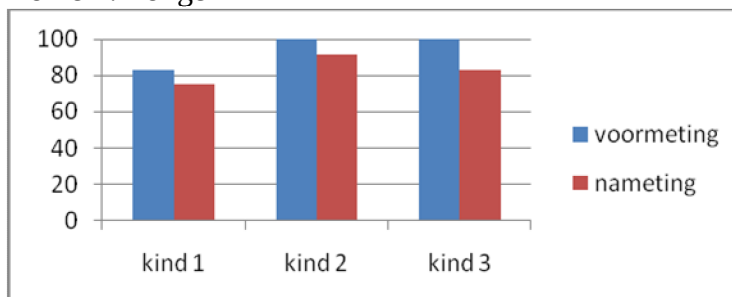
3.2.1 Controlegroep

Om precies te zien bij welke kinderen van de proef- en controlegroep een verandering plaatsvond, worden de resultaten voor iedere domein per kind weergegeven. De domeinen, waar niet alle kinderen dezelfde tendens vertonen als de gemiddelde waarden aangeven, worden in deze paragraaf verder beschreven^{2,3}.

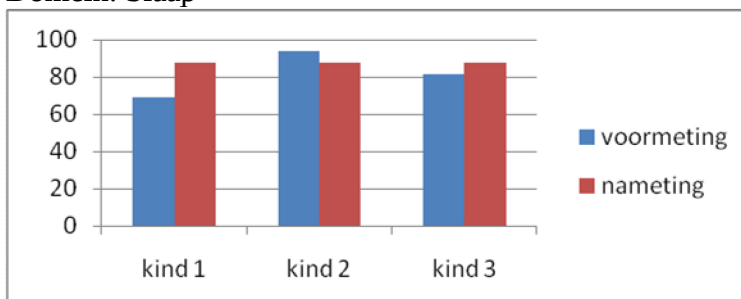
Domein: Buik



Domein: Longen



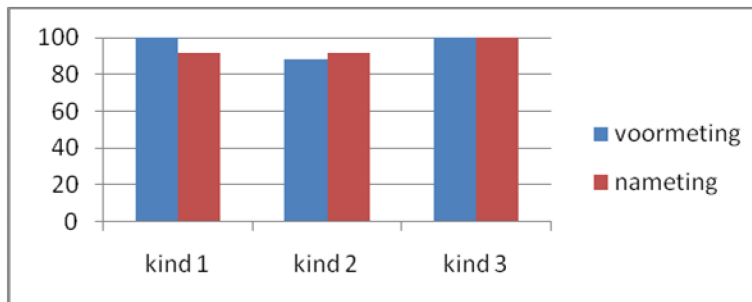
Domein: Slaap



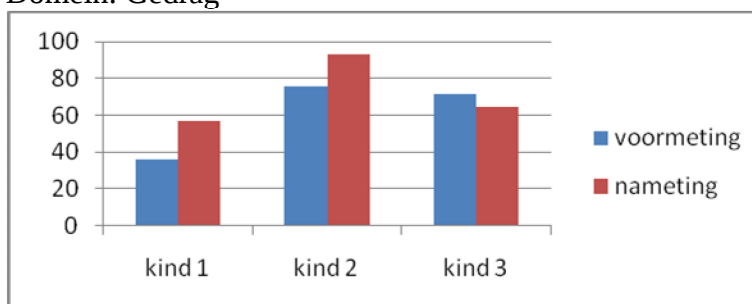
² De waarden op de y-as zijn in de meeteenheid 'percent' aangegeven.

³ Alle figuren in deze paragraaf zijn eigene afbeeldingen.

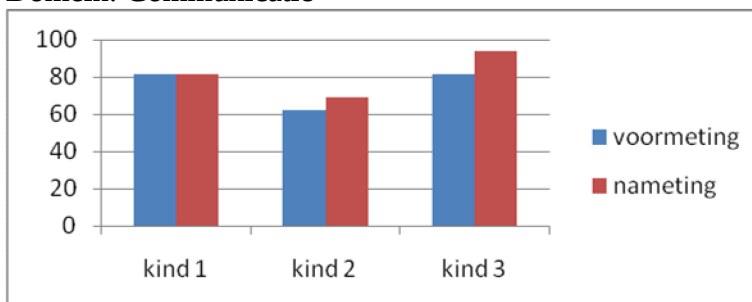
Domein: Eetlust



Domein: Gedrag



Domein: Communicatie

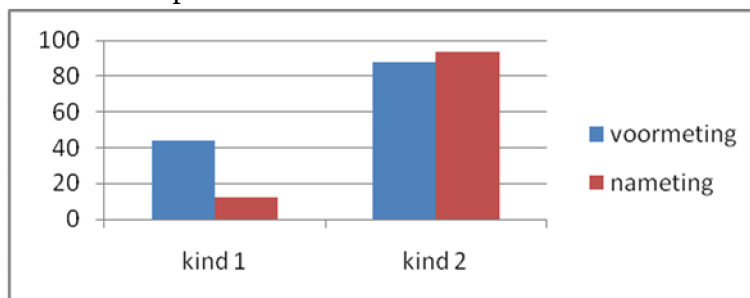


Terwijl bij de gemiddelde waarden voor 'buik' een verslechtering blijkt, ziet men bij de opsplitsing per kind, dat er echter twee kinderen een lichte verbetering vertonen en één kind een verslechtering. In het domein 'slaap' tonen de gemiddelde waarden dat er een verbetering plaatsvond. Bij de waarden per kind is toch te zien dat één kind een lichte verslechtering vertoont. In het domein 'trek' vertoont één kind geen verandering, één kind een verslechtering en één kind een verbetering. De gemiddelde waarden geven aan dat er een verslechtering plaatsvond. De gemiddelde waarden voor het domein 'gedrag' stijgen, ofschoon er één kind

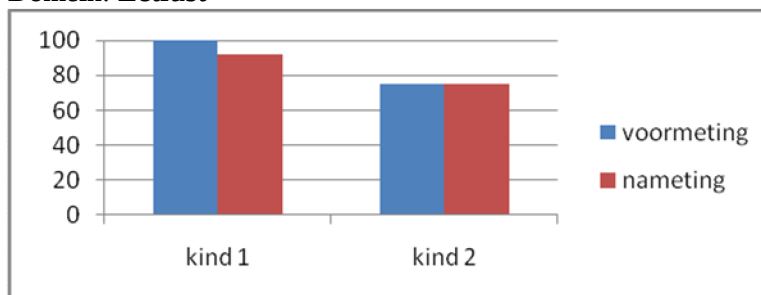
een verslechtering laat zien. De waarden uit het domein ‘communicatie’ laten zien dat terwijl de gemiddelde waarden een verbetering aantonen, één kind geen verandering laat zien.

3.2.2 Proefgroep^{4,5}

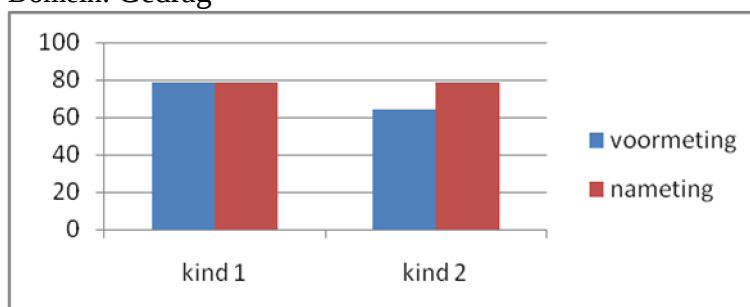
Domein: Slaap



Domein: Eetlust



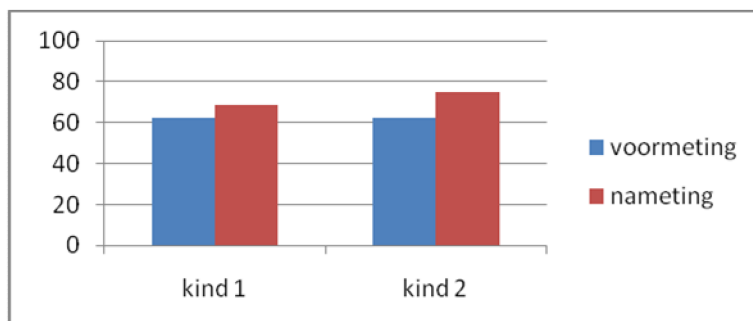
Domein: Gedrag



⁴ De waarden op de y-as zijn in de meeteenheid ,percent' aangegeven.

⁵ Alle figuren in deze paragraaf zijn eigene afbeeldingen.

Domein: Communicatie



De gemiddelde waarden voor het domein 'slaap' vertonen een verslechtering, terwijl bij de waarden per kind één kind verbetering vertoont. Bij het domein 'trek' laten de gemiddelde waarden een verslechtering zien, de waarden per kind tonen toch aan, dat één kind geen verandering laat zien. Ofschoon er één kind geen verandering vertoont, zijn de gemiddelde waarden bij de nameting beter dan bij de voormeting voor het domein 'gedrag'. Bij het domein 'communicatie' vertonen alle kinderen een verbetering. In vergelijking met dit domein in de controlegroep wordt dus duidelijk, dat bij 100% van de kinderen uit de proefgroep een verbetering is te zien, terwijl bij de controlegroep slechts 66,67% een verbetering vertoonden. Dit toont aan dat, ofschoon de gemiddelde waarden van beide groepen een vooruitgang laten zien en de groepen uit een klein aantal personen bestaat, alle kinderen uit de proefgroep verbetering van de levenskwaliteit op het gebied 'communicatie' laten zien in vergelijking met de controlegroepgroep, waarbij maar één van de twee kinderen verbetering vertoont.

Hoofdstuk 4: Conclusie

Door boven genoemde resultaten wordt in deze paragraaf een conclusie getrokken.

De vooraf gestelde hypothese ‘De Hanencursus™ (PDMT) is met betrekking tot de levenskwaliteit effectiever dan directe logopedische therapie’ kon niet worden bewezen, maar voor de domeinen, die relevant geacht werden voor de levenskwaliteit in het kader van een taalontwikkelingsachterstand (van Agt et al., 2005), communicatie, sociaal, angst, positieve emoties, gedrag en opgewektheid, werd er voor de Hanencursus™ (PDMT) een grotere stijging van gemiddelde percentages vastgesteld in vergelijking met de controlegroep. Daardoor kan ook de vraagstelling (zie p. 8) positief worden beantwoord.

Uit de literatuur blijkt dat de kinderen, wier ouders aan de Hanencursus™ (PDMT) hebben deelgenomen, meer uitingen initiëren, meer verbale beurtwisselingen gebruiken, een groter sociaal doorzettingsvermogen vertonen, een grotere woordenschat hebben, meer doelwoorden in gestructureerde – en speelsituaties gebruiken en een grotere lexicale variatie vertonen (The Hanen Centre, research summary ITTT). Deze veranderingen horen bij de domeinen ‘communicatie’ en ‘sociaal’. Omdat twee van de effecten van de Hanencursus™ (PDMT) een verbetering van sociaal functioneren en communicatieve vaardigheden zijn en deze aspecten deel uitmaken van de levenskwaliteit, werd verwacht dat de Hanencursus™ (PDMT) met betrekking tot de levenskwaliteit het meest effectief is.

Als men de resultaten van deze thesis bekijkt, kan concluderend worden gezegd dat er in het domein ‘sociaal’ zowel in de proef- als in de controlegroep geen verandering plaatsvond. In het domein ‘communicatie’ vertoonden de kinderen uit de proefgroep gemiddeld een stijging in percentage van 62,5% naar 71,88% en bij de controlegroep van 75% naar 81,25%. De proefpersonen uit de proefgroep laten dus een grotere vooruitgang zien dan de proefpersonen uit de controlegroep. De verwachte effectiviteit van de Hanencursus™ (PDMT) met betrekking tot levenskwaliteit in het domein ‘communicatie’ lijkt te worden bevestigd, maar een echte uitspraak over de effectiviteit kan er niet worden gedaan, omdat de groepen te klein waren en er hierdoor geen significante uitkomsten zijn.

Hoofdstuk 5: Discussie

In de volgende paragraaf wordt deze thesis kritisch bekeken.

De significantie van de resultaten kon niet worden gemeten, omdat het aantal kinderen in de onderzoeksgroepen te klein was en er zo alleen maar descriptieve statistiek mogelijk bleek.

Het was aanvankelijk de bedoeling, om ook de levenskwaliteit van de ouders te onderzoeken. Omdat bij de directe therapie alleen maar de kinderen betrokken zijn en de ouders dan afhankelijk van de hulp van de logopedisten zijn, maar bij de indirecte therapie ook de ouders betrokken zijn, die daardoor zelfstandiger worden, was de verwachting dat zij zich beter zouden voelen en dat betreft de levenskwaliteit. Omdat er alleen maar een heel kleine groep meewerkte, kon dit resultaat in deze thesis niet worden meegenomen. Daarbij bleek een ouderpaar uit de proefgroep de vragenlijsten bij de nameting niet meer te willen invullen, waardoor conclusies niet konden worden getrokken. Voor toekomstig onderzoek zou het wel een interessant aspect zijn ook de levenskwaliteit van de betrokken ouders te onderzoeken.

Bovendien bestaat er geen richtlijn, waar logopedisten hun behandelingen kunnen baseren. Daardoor bestaat er geen zekerheid dat de directe logopedische interventie van alle logopedisten bij de controlegroep op dezelfde manier werd gegeven.

Een factor, die mogelijk de resultaten zou kunnen beïnvloeden, is de leeftijd van de kinderen. De verwachting is dat jonge kinderen meer vooruitgang in communicatie laten zien dan oudere kinderen.

„Das Hauptargument pro Frühintervention ist die Hypothese der kritischen Phase. In ihrer aktuellen Form besagt diese Annahme, dass die wichtigsten Regeln der Zielsprache, nämlich Wortstellungsregularitäten, die prosodischen Parameter sowie die Grundprinzipien des Wortschatzerwerbs in der Zeit bis zum 12.-18. Lebensmonat erworben werden.“ (Ritterfeld, 2000, p. 82-87)

„Dabei wird der Grundstein der Sprachentwicklung bereits in den ersten drei Lebensjahren gelegt.“ (Brand, Bründler & Englert, 2009, p.11)

In deze thesis werd de leeftijd van de kinderen niet verder vergeleken. Ook de ernst van de communicatieve beperking zou van invloed kunnen zijn op de resultaten. Omdat deze gegevens niet bekend waren, werden ze in deze thesis niet betrokken. Bovendien is het belangrijk te weten dat de resultaten bij beperkte groepen al van een proband kunnen worden beïnvloed als er een proefperson uitschiet.

Hoofdstuk 6: Aanbevelingen

Uit deze thesis kunnen volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

- Er zou meer onderzoek bij kinderen met taal- en spraakproblemen moeten gebeuren, gezien de beperkte gegevens in de literatuur.
- Om een significante uitspraak over de levenskwaliteit van proef- en controlegroep te kunnen doen, is het nodig deze thesis met meer proefpersonen uit te voeren. Dit is alleen maar mogelijk als de logopedisten uit het werkveld meer actieve medewerking zullen verlenen.
- Het zou interessant zijn de leeftijd van de proefpersonen en de ernst van de stoornis in kaart te brengen en deze met de resultaten te vergelijken.
- Tot slot wordt er aanbevolen de effecten van de verschillende interventies op de levenskwaliteit van ouders nader te onderzoeken.

Met betrekking tot de voorzichtige conclusie die uit deze thesis kan worden getrokken, kan dit voor de toekomst betekenen dat het belangrijk is dat indirecte logopedische interventie verder wordt ondersteund om zo de effectiviteit van logopedische interventies te vergroten.

Literatuurlijst

- Aaronson, N. K. (1989). Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methodologic Issues. *Journal of the Society for Clinical Trials*, 10, pp. 195 – 208.
- Ackermann, K.; Janssen, A. (2004). *Elterntraining in der Dyslalietherapie. Wie können Eltern aktiv zum Erfolg der Therapie beitragen?* p. 7. Hogeschool Zuyd, Logopedie.
- Barr, R.D.; Pai, M.; Weitzman, S.; Feeny, D.H.; Furlong, W.J; Rosenbaum, P. & Torrance, G.W. (1994). A Multi-Attribute Approach to Health Status Measurement and Clinical Management – Illustrated by an Application to Brain Tumors in Childhood. *International Journal of Oncology*, 4, pp. 639 - 648.
- Baxendale, J.; Frankham, J. & Hesketh, A. (2003). *The Hanen Parent Programme; A Parent's Perspective*.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales* (2 ed.). Buckingham: Open University Press.
- Buekers, R.; Dekelver, J. (2002). Indirecte taaltherapie: Vormen van ouderbegeleiding bij kinderen met een gestoorde taalverwerving. *Taaltherapie bij kinderen*, pp. 11 - 29. Antwerpen/ Appeldoorn: Garant.
- Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U. (1995). Health Related Quality of Life Assessment in Children: A Review of the Literature. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45, pp. 245 - 254.
- Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U. (2001). Diagnostik der Lebensqualität. In Stieglitz, R.D.; Baumann, U. & Freyberger, H.J. (Eds.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*, pp. 246 - 257. Berlin: Thieme Verlag.
- Brand, N.; Bründler, B. & Englert, C. (2009). *Sekundäre Prävention bei Verdacht auf SSES-*

Entwicklung eines Tools für im Frühbereich tätige Fachpersonen zur Erkennung einer Gefährdung von spezifischen Spracherwerbsstörungen bei 2;6- bis 4;0-jährigen Kindern, p.11. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.

Brauer, T.; Tesak, J. (2003). *Logopädie Was ist das?* pp. 1 - 27. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Bruil, J.; Fekkers, M.; Vogels, T.; Verrips, G.H.W. (2004). *TAAQOL Manual*, pp. 4 - 38. Leiden: Leiden Center for Child Health and Pediatrics LUMC-TNO.

Connolly, M. A.; Johnson, J. A. (1999). Measuring Quality of Life in Paediatric Patients. *Pharmacoeconomics*, 16, pp. 605 - 625.

De Kroon, M.M.J.; Hodiament, P.P.G. (2008). Meten van levenskwaliteit in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 11, pp. 725 - 734.

Edlund, M.; Tancredi L.R. (1985). Quality of life: an ideological critique. *Perspect Biol Med*. 1985 Summer; 28(4), pp. 591 – 607

FRIZ Frühinterventionszentrum (uitgever): Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. http://www.heidelberger-elterntraining.de/Flyer_Heidelberger_Elterntraining.pdf op 03.08.2009

Flechtner, H.; Hellmann-Mersch, B.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Möller, K. & Lehmkuhl, G. (2000). Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Elternfragebogen "LKJ-E" aus dem Fragebogensystem "LKJ" (Lebensqualität Kinder und Jugendpsychiatrie). In M. Bullinger & J. Siegert & U. Ravens-Sieberer (Eds.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18), pp. 247 - 273. Göttingen: Hogrefe.

- Gehlen, K.; Prevoo, M. & Timmermans, B. (2007). *Een vergelijking van de levenskwaliteit van kinderen met een hoortoestel of cochleair implantaat*, p. 17. Hogeschool Zuyd, Logopedie.
- George, L. K.; Bearon, L. B. (1980). *Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York: Human Science Press, Inc.
- Girolametto, L.E.; Greenberg, J. & Manolson, H.A. (1986). Developing dialogue skills: The Hanen early language parent programme. *Seminars in speech an language*, 7, pp. 367-382.
- Girolametto, L.E. (1997). Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *Journal of speech and language and hearing research*, 40, p. 999.
- Girolametto, L.E; Weitzman, E. (2006). It Takes Two To Talk- The Hanen Program for Parents: Early Language Intervention through Caregiver Training. *New York: Brookes Publishing*, pp. 77 - 103.
- Girolametto, L.E.; Weitzman, E. (2008). Working with Families of Young Children with Communication and Language Impairments: Intervention. In Pappas, N.; McLeod, S., *Working with Families in Speech-Language Pathology*, p. 163.
- Graffius, N.S.; Meewis, E.T.J.; ten Tije, S.E. (2006). *Inventarisatie van het gebruik van bestaande behandelmethodes en -materialen bij kinderen van twee tot vier jaar met een SLI-hulpvraag in de extramurale logopedie*, p. 37 - 38. Hogeschool Zuyd, Logopedie.
- Harding, L. (2001). Children's Quality of Life Assessments: A Review of Generic and Health Related Quality of Life Measures completed by Children and Adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, p. 79 - 96.
- Hütter, B. O.; Karlowsky, C. & Brüggmann, M. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Konzepte, Methoden und Anwendungsbeispiele. *Forum Logopädie*, 3, pp. 6 - 9.

- Jeffries, L. (2007). *Speech & Language Therapy Service, Model & Effectiveness Review: Stage I (0-5 years olds)*, p. 29. Centre for Allied Health Evidence, North Terrace.
- Law, J.; Garrett, Z. & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/ disorder: a meta-analysis. *Journal of speech, language, and hearing research*, 42, pp. 924 - 943.
- Law J.; Garrett Z. & Nye C. (2005). The Cochrane Collaboration: *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder (Review)*, pp. 1 - 2.
- Lin, F.R.; Niparko, J.K. (2006). Measuring health-related quality of life after pediatric cochlear implantation: a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 70, pp. 1695 - 1706
- Lizon, A.; Zimmer, H. (2006). *Lebensqualitätstest für Aussprachestörungen (LFA) zwischen 4 und 8 Jahren*, pp. 23 - 43. Hogeschool Zuyd Logopedie.
- Pennington, L.; Thomson, K. (2007). It Takes Two To Talk- The Hanen Program and families of children with motor disorders: a UK perspective. *Journal Compilation Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development*, 33, 6, pp. 691 - 702.
- Perenboom, R. J. M.; Chorus, A. M. J. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and rehabilitation*, 25, pp. 577 - 587.
- Raat, H.; Mohangoo, A. D.; Grootenhuis, M.A. (2006) Pediatric health-related quality of life questionnaires in clinical trials. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 6, pp. 180 - 185.
- Ravens-Sieberer, U.; Bettge, S. & Erhart, M. (2003). *Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse aus der Pilotstudie des Kinder- und*

Jugendgesundheitssurveys. Bundesgesundheitsbl. - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 4, pp. 340 – 345.

Ritterfeld U (2000) Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung; Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung interdisziplinär* 2, pp. 82 - 87.

Saarni, S.I.; Suvisaari, J.; Sintonen, H.; Pirkola, S.; Koskinen, S.; Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, pp. 326 - 332.

Sarno, T. M. (1997). Quality of life in aphasia in the first post-stroke year. *Aphasiology*, 11, pp. 665 - 679.

Tannock, R.; Girolametto, L.E. & Siegel, L.S. (1992). Language intervention with children hoe are developmental delays. Effects of an interactive approach. *American Journal of mental retardation*, 97, pp. 145 - 160.

The Hanen Centre (uitgever): Research Summary It Takes Two to Talk™ The Hanen Program for parents.
<http://www.hanen.org/web/Portals/0/HostedFiles/ITTTResearchSummary.pdf> op 12.01.2009

Theunissen, N. C. M.; Vogels, T. G. C.; Koopman, H. M.; Verrips, G. H. W.; Zwindermann, K. A. H.; Verloove-Vanhorick, S. P. & Wit, J. M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of life research*, 7, pp. 387 - 399.

Thiesen, S. (2006). *Levenskwaliteit bij kinderen met spraak- en taalstoornissen*, pp. 8 - 17. Hogeschool Zuyd, Logopedie

- Van Agt, H.; Essingt-Bot, M.; van der Stege, H.; de Ridder-Sluite, H. & de Koning, H. (2005). Kwaliteit van leven van kinderen met een taalontwikkelingsprobleem. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 13, No.4, pp. 211 - 226.
- Veerman, J.W.; Duivenvoorden, Y. (1997 (6)). Veranderingen in ouder-kind-communicatie en taalontwikkeling tijdens en na de Hanen Oudercursus. *Stem-, spraak- en taalpathologie*, 1, pp. 27 - 47.
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine: a journal for research in psychiatry and the allied sciences*, 28, pp. 551 - 558.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, pp. 795 - 800.

Levenskwaliteit van kinderen

Een vergelijking van directe en indirecte logopedische begeleiding bij jonge kinderen met een communicatieve beperking

Bijlagen

Bijlage 1a: Informatiebrief voor de proefgroep

Betreft: hulp voor bachelorthesis nodig

Geachte ouders,

wij, Julia Maaßen en Sandra Zimmer, zijn twee vierdejaars logopediestudenten van de Hogeschool Zuyd in Heerlen.

Voor onze bachelorthesis met het onderwerp “Levenskwaliteit van kinderen en ouders. Een vergelijking bij directe en indirecte logopedische begeleiding bij jonge kinderen met een communicatieve beperking en hun ouders” hebben wij een bepaald aantal ouders en kinderen nodig, die bereid zijn, ons bij dit onderwerp te ondersteunen.

Wat willen wij met onze bachelorthesis ontdekken?

Wij willen de levenskwaliteit van kinderen wier ouders een Hanencursus (PDMT) volgen (indirecte therapie) en de levenskwaliteit van kinderen die directe logopedische therapie krijgen en de levenskwaliteit van de ouders van beide groepen vergelijken.

Om de levenskwaliteit te kunnen bepalen, willen wij vragenlijsten uitdelen, die een keer in het begin van de interventie en een keer 3 maanden later moeten beantwoord worden.

Hoe kunt U ons bij de bachelorthesis helpen?

Voor de onderzoeksgroepen hebben we kinderen tussen 2 en 4 jaar, die een communicatieve beperking hebben, nodig en het zou dus voor ons een groot hulpverlening zijn als U ons bij onze bachelorthesis ondersteunen. Verder mogen de kinderen eentalig opgegroeid zijn en geen andere problemen die communicatie kunnen beïnvloeden (gehoorproblemen, neurologische problemen).

Het is het voor ons heel belangrijk dat U alle vragen beantwoorden, ook als U enkele vragen vreemd lijken, zodat we een uitgebreide analyse kunnen maken. We gebruiken alle datas verantwoordingsbewust en worden alleen voor de bachelorthesis gebruikt.

Voor verdere vragen kunt U ons graag onder de e-mailadres juliasandrathesis@googlemail.com bereiken.

Over Uw deelname zouden wij ons verheugen.

Met vriendelijke groet,

Julia Maaßen en Sandra Zimmer

Bijlage 1b: Informatiebrief voor de controlegroep

Unterstützung für unsere Bachelorarbeit benötigt

Liebe Eltern,

wir, Julia Maaßen und Sandra Zimmer, sind zwei Logopädiestudentinnen der Hogeschool Zuyd in Heerlen und befinden uns im vierten Studienjahr. Momentan schreiben wir an unserer Bachelorarbeit mit dem Thema „Lebensqualität von Kindern und Eltern: Ein Vergleich von direkter und indirekter logopädischer Therapie bei jungen Kindern mit einer kommunikativen Einschränkung und deren Eltern“, für die wir Ihre Unterstützung benötigen.

Was möchten wir mit unserer Bachelorarbeit untersuchen?

Wir möchten die Lebensqualität von Kindern, die direkte logopädische Therapie bekommen, mit der Lebensqualität der Kinder, deren Eltern an einem Elternkurs teilnehmen, vergleichen. Außerdem möchten wir auch die Lebensqualität der Eltern der jeweiligen Kindern miteinander vergleichen.

Um die Lebensqualität der Eltern als auch der Kinder zu untersuchen, verteilen wir an Sie zwei Fragebögen, welche sie zu Beginn der Therapie - und ein zweites Mal nach 3 Monaten ausfüllen.

Wie können Sie uns dabei helfen?

Um eine Untersuchungsgruppe zusammenstellen zu können, benötigen wir Kinder im Alter von 2 bis 4 Jahren, welche voraussichtlich noch mindestens drei Monate in logopädischer Therapie sein werden und eine kommunikative Einschränkung haben. Weiterhin sollten die Kinder einsprachig aufgewachsen sein und keine anderen Störungsbilder aufweisen, welche die Spontansprache beeinflussen könnten (Hör-, neurologische Probleme).

Wir möchten Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Fragebögen für die Eltern eventuelle abwegige und intime Fragen enthalten können. Dennoch möchten wir Sie darum bitten, alle Fragen zu beantworten, sodass wir eine ausführliche Analyse machen können.

Mit allen Daten gehen wir verantwortungsbewusst um und werden sie ausschließlich für unsere Untersuchung verwenden.

Nun möchten wir Sie fragen, ob Sie und Ihr Kind uns bei unserem Vorhaben unterstützen? Für weitere Fragen können Sie uns unter der E-Mail-Adresse juliasandrathesis@googlemail.com erreichen.

Ihre Teilnahme würde uns sehr freuen und weiterhelfen!

Mit freundlichen Grüßen,

Julia Maaßen und Sandra Zimmer

Bijlage 2a: Verklaring toestemming (proefgroep)**Verklaring toestemming**

Ik..... (naam verzorgster/ verzorger) van..... (naam kind) ben over het doel, de inhoud, de duur en de voorwaarden van de studie, aan welke mijn kind en ik gaan deelnemen, voldoende schriftelijk geïnformeerd worden.

Ik ben er mee eens, dat mijn kind en ik aan de studie gaan deelnemen.

Alle verzamelde data worden anoniem wetenschappelijk geanalyseerd en na afloop van de analyse vernietigd.

(plaats en datum)

(handtekening)

Bijlage 2b: Verklaring toestemming (controlegroep)**Einverständniserklärung**

Ich (Name der/ des Erziehungsberechtigten) bin über das Ziel, den Inhalt, die Zeitspanne und die Voraussetzungen der Studie, an welcher mein Kind (Name des Kindes) und ich teilnehmen, ausreichend schriftlich informiert worden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind und ich an der Studie teilnehmen.

Alle gesammelten Daten werden anonym und wissenschaftlich analysiert und nach Ende der Studie vernichtet.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Bijlage 3: TAPQOL (Nederlandse versie)

Nummer: [_ _ _ _ _]

TAPQOL

Vragenlijst

voor ouders van 1 t/m 5-jarige kinderen

Wilt u eerst onderstaande vragen beantwoorden?

Is het kind, waarover u deze lijst invult,
een jongen of een meisje?☐ jongen☐ meisje

Wat is de geboortedatum van het kind?

.....

(dag)

(maand)

(jaar)

Wat is de datum waarop u deze vragenlijst invult?

.....

(dag)

(maand)

(jaar)



© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 2001



INSTRUCTIE

Geachte mevrouw/mijnheer,

De vragen in deze lijst gaan over allerlei dingen die te maken hebben met de gezondheid van uw kind. U kunt de vragen beantwoorden door het antwoord aan te kruisen dat het beste bij uw kind past.

Bijvoorbeeld zo:

Had uw kind de afgelopen 3 maanden oorpijn?

Oorpijn

☒ nooit

☐ soms

☐ vaak

1

Mijn kind voelde zich daarbij:

Als uw kind nooit oorpijn had, zoals in het voorbeeld hierboven, kunt u door naar de volgende vraag.

Als uw kind 'soms' of 'vaak' oorpijn had, zet u een kruisje bij één van die antwoorden. Precies onder deze twee antwoorden vindt u de zin "Mijn kind voelde zich daarbij". Daar geeft u vervolgens aan hoe uw kind zich daarbij voelde. Dus zo:

Had uw kind de afgelopen 3 maanden oorpijn?

Oorpijn

☐ nooit

☒ soms

☐ vaak

1

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed

☐ niet zo goed

☒ vrij slecht

☐ slecht

Daarna gaat u door naar de volgende vraag.

Dit was een voorbeeld.

Op de volgende bladzijde begint de vragenlijst.

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden:

Maag- of buikpijn	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
1	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Krampjes	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
2	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Eczeem	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
3	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Jeuk	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
4	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Droge huid	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
5	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Bronchitis	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
6	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht
Moeite met de ademhaling of longproblemen	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
7	Mijn kind voelde zich daarbij:		
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht ☐ slecht

Was uw kind in de afgelopen 3 maanden:**Benauwd**☐ nooit☐ soms☐ vaak**8****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht**Misselijk**☐ nooit☐ soms☐ vaak**9****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Hoe sliep uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Sliep uw kind onrustig?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**10**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Lag uw kind 's nachts wakker?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**11**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Huilde uw kind 's nachts?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**12**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Had uw kind moeite om de hele nacht door te slapen?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**13**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Hoe at en dronk uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Had uw kind een slechte eetlust?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**14**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Had uw kind moeite om voldoende te eten?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**15**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Weigerde uw kind te eten?

☐ nooit☐ soms☐ vaak**16**

Mijn kind voelde zich daarbij:

☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

Gedrag van uw kind in de afgelopen 3 maanden:

Mijn kind was driftig 17	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was agressief 18	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was geprikkeld, geïrriteerd 19	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was boos 20	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was onrustig of ongeduldig tegen mij 21	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was opstandig/dwars tegen mij 22	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak
Mijn kind was voor mij onhandelbaar 23	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak

Hoe was uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Opgewekt
24 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Blij
25 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Gelukkig
26 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Bang
27 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Gespannen
28 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Angstig
29 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Energiek
30 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Actief
31 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Levendig
32 ☐ nooit ☐ soms ☐ vaak

Is uw kind *jonger* dan 1 jaar en 6 maanden, dan hoeft u de rest van deze vragenlijst **niet** in te vullen.
Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Is uw kind *ouder* dan 1 jaar en 6 maanden,
dan kunt u gewoon doorgaan met het invullen van de vragen op de volgende bladzijden.

Gedrag van uw kind in de afgelopen 3 maanden, met andere kinderen:**Mijn kind kon met andere kinderen prettig spelen**☐ nooit☐ soms☐ vaak**33**

Mijn kind was bij andere kinderen op zijn/haar gemak☐ nooit☐ soms☐ vaak**34**

Mijn kind was zeker van zichzelf bij andere kinderen☐ nooit☐ soms☐ vaak**35**

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden in vergelijking met leeftijdgenootjes

Moeite met lopen?	☐ nee	☐ ja, een beetje	☐ ja, veel	☐ loopt (nog) niet
36				
	Mijn kind voelde zich daarbij:			
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht	☐ slecht
Moeite met rennen/hollen	☐ nee	☐ ja, een beetje	☐ ja, veel	☐ rent (nog) niet
37				
	Mijn kind voelde zich daarbij:			
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht	☐ slecht
Moeite om zonder hulp de trap op te lopen?	☐ nee	☐ ja, een beetje	☐ ja, veel	☐ loopt (nog) niet
38				
	Mijn kind voelde zich daarbij:			
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht	☐ slecht
Moeite met het bewaren van het evenwicht	☐ nee	☐ ja, een beetje	☐ ja, veel	
39				
	Mijn kind voelde zich daarbij:			
	☐ goed	☐ niet zo goed	☐ vrij slecht	☐ slecht

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden in vergelijking met leeftijdgenootjes:**Moeite om te begrijpen wat anderen zeiden?**☐ nooit☐ soms☐ vaak**40****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht**Moeite om duidelijk te praten?**☐ nooit☐ soms☐ vaak**41****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht**Moeite om uit zijn/haar woorden te komen?**☐ nooit☐ soms☐ vaak**42****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht**Moeite om duidelijk te maken wat het wil?**☐ nooit☐ soms☐ vaak**43****Mijn kind voelde zich daarbij:**☐ goed☐ niet zo goed☐ vrij slecht☐ slecht

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

Bijlage 4: Verdeling van de somscores

	Bereik van de somscores	Verklaring
Buik	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Huid	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Longen	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Slaap	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Eetlust	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Opgewektheid	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Positieve emoties	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Gedrag	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Angst	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Sociaal	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Motoriek	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied
Communicatie	0-100	Hoe hoger de score hoe beter de levenskwaliteit op dit gebied