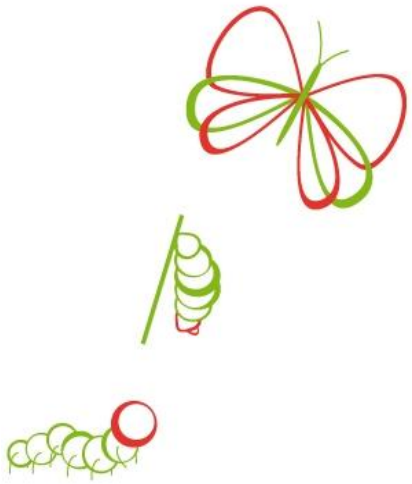
Zuyd Hogeschool

BACHELORTHESIS

Cluster 2 – onderwijs: van cocon tot vlinder?



Naam studenten:	Marijke Breuer (m-breuer88@hotmail.com) Eline Hochs (elinehochs@hotmail.com) Robin Moonen (rer.moonen@gmail.com)
Naam coach:	Johan Dekelver
Extern begeleider:	Ilse Pasmans
Faculteit:	Gezondheid
Opleiding:	Logopedie
Inleverdatum:	10 juni 2013

© 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 enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Dankwoord

Wij willen graag de volgende personen danken:

Johan Dekelver danken we voor zijn tips en zijn kritische feedback.

Daarnaast danken wij ‘de Taalbrug’ te Eindhoven voor de prettige samenwerking, in het bijzonder Ilse Pasmans. Verder danken wij Alexa Neubert – Debuschewitz voor haar kostbare tijd, goede hulp en begeleiding met betrekking tot de data-analyse.

Tevens danken wij alle kinderen en ouders van ‘de Taalbrug’ te Eindhoven voor hun deelname aan ons onderzoek. Zonder hun deelname was dit onderzoek niet uitvoerbaar geweest.

Als laatste dank aan onze ouders, familieleden, vrienden en medestudenten voor hun steun en interesse.

Bedankt!

Marijke Breuer, Eline Hochs en Robin Moonen

Heerlen, 10 juni 2013

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting 7

1. Inleiding 9

1.1. Aanleiding en probleemstelling 9

1.2. Beroepsmatige relevantie 9

1.3. Maatschappelijke relevantie 9

1.4. Wetenschappelijke relevantie 10

1.5. Vraagstellingen 10

1.6. Doelgroep 10

1.7. Hypotheses 10

1.8. Doelstelling 11

2. Theoretisch kader 12

2.1. Kwaliteit van leven 12

2.1.1. Kwaliteit van leven, de zes domeinen volgens Ferrans 13

2.2. Ernstige spraak- en taalproblemen 17

2.3. Speciaal onderwijs 19

2.4. Cluster 2 - onderwijs 19

2.5. Indicatiecriteria: cluster 2 – onderwijs 21

2.6. Meetinstrumenten 23

2.6.1. De Pediatric Quality of Life Inventory 23

2.6.2. SF-12 24

2.6.3. TAPQOL 24

2.6.4. TACQOL 25

2.6.5. TAAQOL 26

2.6.6. Overige meetinstrumenten 27

3. Stand van zaken 28

3.1. Kwaliteit van leven van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen 28

3.2. Kwaliteit van leven van ouders van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen 30

4. Methode 33
4.1. Onderzoeksdesign 33
4.2. Onderzoekspopulatie 33
4.3. Berekening van de steekproefgrootte 35
4.4. Verantwoording meetinstrumenten 37
4.4.1. PedsQL 37
4.4.2. SF-12 37
4.4.3. TAPQOL 38
4.4.4. TACQOL 38
4.4.5. TAAQOL 38
4.4.6. Verantwoording keuze TNO vragenlijsten (TACQOL, TAPQOL, TAAQOL) 39
4.5. Werving onderzoekspersonen 40
4.6. Vragenlijsten 40
5. Dataverwerking 41
5.1. Procedure 41
6. Resultaten 42
6.1. Eerste meting 42
6.2. Tweede meting 44
6.3. Categorisatie vragenlijsten 46
6.4. Resultaten en interpretaties 48
6.4.1. Resultaten TAPQOL 48
6.4.2. Resultaten TACQOL – kind 52
6.4.3. Resultaten TACQOL – ouder 55
6.4.4. Resultaten TAAQOL 58
6.5. Resultaten beschrijvend 61
7. Interpretaties, conclusie, discussie en aanbevelingen 63
7.1. Interpretaties resultaten onderzoeksgroepen 63
7.2. Conclusie 65
7.3. Discussie 67
7.3.1. Methodologische tekortkomingen 67

7.3.2. Vergelijking met resultaten uit eerder onderzoek 68
7.4. Aanbevelingen 68
8. Literatuurlijst 70
Bijlage 1: Toestemmingsbrief ouders 74
Bijlage 2: Begeleidende brief eerste meetmoment 76
Bijlage 3: Herinneringsbrief eerste meetmoment 77
Bijlage 4: Informatiebrief vóór het tweede meetmoment 78
Bijlage 5: Begeleidende brief tweede meetmoment 79
Bijlage 6: Herinneringsbrief tweede meetmoment 80
Bijlage 7: TAPQOL 81
Bijlage 8: TACQOL – kind 93
Bijlage 9: TACQOL – ouder 101
Bijlage 10: TAAQOL 109
Bijlage 11: Volledig overzicht reacties open vragen TACQOL kindervragenlijst en oudervragenlijst 119

SAMENVATTING

Spraak- en taalproblemen zijn veel voorkomende logopedische problemen bij kinderen. Binnen de logopedie wordt voornamelijk gewerkt aan de zichtbare stoornis(sen). Wat hierbij vaak over het hoofd gezien wordt, is de eigen beleving van het kind en dat van zijn ouders. Kinderen kunnen moeite ervaren met het communiceren met anderen. Dit kan leiden tot een lagere kwaliteit van leven van zowel ouder als kind.

Kinderen met spraak- en taalproblemen kunnen verwezen worden naar een cluster 2 – school waarin het leren communiceren en het gebruiken van taal centraal staan. Het is echter een feit dat door bezuinigingen deze vorm van onderwijs steeds minder toegankelijk wordt. Met dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre cluster 2 – onderwijs invloed heeft op de kwaliteit van leven van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen en hun ouders. Er namen kinderen (die pas ingestroomd waren of pas een korte periode onderwijs genoten hadden) van het cluster 2 – onderwijs en hun ouders deel aan het onderzoek. De kwaliteit van leven werd aan de hand van de TNO vragenlijsten (TAPQOL, TACQOL kind, TACQOL ouder en TAAQOL) in kaart gebracht. De onderzoekspersonen werden op basis van hun leeftijd in vier onderzoeksgroepen onderverdeeld en gerelateerd aan één van de vier vragenlijsten. De onderzoekspersonen werden gevraagd de vragenlijsten twee keer in te vullen. Eén keer aan het begin van het schooljaar en één keer vijf maanden later. Vervolgens werden de gegevens met behulp van SPSS geanalyseerd.

Bij de TAPQOL kon er geen significantietoets worden uitgevoerd wegens een te kleine onderzoeksgroep. Uit de descriptieve statistiek kwamen echter wel een aantal domeinen naar voren die een geringe vooruitgang lieten zien (“maag-/darmklachten”, “huidproblemen”, “longproblemen” en “levenslust”).

Er werd enkel bij de TACQOL – ouder een significante verbetering van de algemene kwaliteit van leven gemeten. Daarnaast bleek bij deze vragenlijst ook het domein “voorkomen van positieve stemming” significant vooruit gegaan. Bij de TACQOL – kind was er geen significante vooruitgang van de algemene kwaliteit van leven, maar bleken wel de domeinen “sociale contacten met leeftijdsgenoten en ouders” en “voorkomen van negatieve stemmingen” significant verbeterd.

De TAAQOL liet geen significante verbetering van de algemene kwaliteit van leven zien. Bij het domein “cognitie” werd er een significante achteruitgang gemeten. Bij de domeinen “sociale contacten”, “vitaliteit” en “gelukzaligheid” werd er een vooruitgang gemeten, al was deze niet significant.

Ondanks er niet bij elke onderzoeksgroep een significante vooruitgang van de kwaliteit van leven gemeten kon worden, zijn er ouders die in de open vragen hebben aangegeven dat ze een positieve invloed van het cluster 2 – onderwijs opmerkten.

Sleutelwoorden: cluster 2 – onderwijs - ernstige spraak- en taalproblemen - kwaliteit van leven - kinderen - ouders

1. INLEIDING

1.1. AANLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Uit de scriptie van Thiesen (2006) ”Kwaliteit van leven bij spraak- en taalgestoorde kinderen”, blijkt dat de kwaliteit van leven (KvL) bij kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen vaak lager ligt dan bij kinderen zonder deze problemen. Ook uit andere artikelen komt naar voren dat de kwaliteit van leven bij kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen verschilt met die van kinderen die geen spraak- en taalproblemen hebben (Thiesen, 2006). Men kan zich afvragen of de kwaliteit van leven van kinderen verbetert wanneer deze vroegtijdig naar het cluster 2 – onderwijs gaan. Het is een feit dat het steeds moeilijker wordt voor kinderen om op het speciaal onderwijs terecht te komen. De criteria voor de toelating tot dit onderwijs worden steeds verder aangepast (bron: Rijksoverheid). Dit onderzoek probeert het belang van het cluster 2 - onderwijs voor kinderen met spraak- en taalproblemen aan te tonen.

1.2. BEROEPSMATIGE RELEVANTIE

Spraak- en taalproblemen zijn veel voorkomende logopedische problemen bij kinderen. Deze doelgroep vormt hierdoor een grote populatie binnen de logopedische zorgverlening. Binnen de logopedie wordt voornamelijk gewerkt aan de zichtbare stoornis(sen). Wat hierbij vaak over het hoofd gezien wordt, is de eigen beleving van het kind. Uit de scriptie van Thiesen (2006) is reeds gebleken dat de kwaliteit van leven bij kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen vaak lager ligt dan bij kinderen zonder deze problemen (Thiesen, 2006). Het is daarom van belang om naast de ernstige spraak- en taalproblemen ook naar de algemene kwaliteit van leven van het kind te kijken.

1.3. MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Onderstaand citaat geeft de huidige stand van zaken weer betreffende de bezuiniging op het cluster 2 – onderwijs:

“De regeringpartijen willen bezuinigen op het speciaal onderwijs, waaronder ook het cluster 2 – onderwijs valt (maart, 2012). De minister gaf aan dat het mogelijk is dat leerlingen in cluster 2 ook op andere scholen les mogen ontvangen dan waarop de leerling is ingeschreven. En dat de tijd op beide schoolsoorten meetelt voor de totale onderwijstijd die de leerling volgens de wet moet volgen” (bron: Rijksoverheid).

Evenals de beroepsmatige relevantie was ook de maatschappelijke relevantie een belangrijke beweegreden voor het opstellen van dit onderzoek. Met het onderzoek wilde men aantonen dat cluster 2 – onderwijs de kwaliteit van leven positief beïnvloed.

1.4. WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

In de literatuur zijn er weinig tot geen studies bekend die onderzoek hebben verricht naar de verbetering van de kwaliteit van leven van kinderen die cluster 2 - onderwijs volgen.

1.5. VRAAGSTELLINGEN

Voor dit onderzoek zijn de volgende vraagstellingen opgesteld:

"Verbetert cluster 2 - onderwijs de kwaliteit van leven van kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen?"

"Verbetert cluster 2 - onderwijs de kwaliteit van leven van ouders met kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen?"

1.6. DOELGROEP

De doelgroep binnen dit onderzoek omvat kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen en hun ouders. De kinderen zijn net ingestroomd in het onderwijs of ze hebben pas een korte periode (niet langer dan drie maanden) onderwijs genoten.

1.7. HYPOTHESES

Bij de hypotheses gaat het om eenzijdige hypotheses, aangezien dit onderzoek wil aantonen of er een verschil is in een bepaalde richting bestaat. Hieronder worden eerst de nulhypothese en de alternatieve hypothese van de onderzoeksgroep 'kinderen' weergegeven en daarna volgen de hypotheses van de onderzoeksgroep 'ouders':

H°: Cluster 2 – onderwijs heeft geen invloed op de kwaliteit van leven van kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen.

H^1: Cluster 2 – onderwijs heeft wel invloed op de kwaliteit van leven van kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen.

H°: Cluster 2 – onderwijs heeft geen invloed op de kwaliteit van leven van ouders met kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen.

H^1: Cluster 2 – onderwijs heeft wel invloed de kwaliteit van leven van ouders met kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen.

1.8. DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is het aantonen van de invloed van cluster 2 – onderwijs op de kwaliteit van leven van kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen en ouders met kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen.

Subdoelen:

- Het verkrijgen van informatie van de ouders over de KvL van het kind;
- Het verkrijgen van informatie van KvL van het kind zelf;
- Het verkrijgen van informatie van KvL van de ouders zelf.

2. THEORETISCH KADER

In het theoretisch kader worden de belangrijkste begrippen uit de vraagstelling en de relevante wetenschappelijke literatuur m.b.t. deze studie besproken. Aangezien de kwaliteit van leven het onderwerp van dit onderzoek is, zal deze als eerste gedefinieerd en verder uitgediept worden. Hieropvolgend wordt de doelgroep waar dit onderzoek zich op richt toegelicht in drie paragrafen. In deze paragrafen worden opeenvolgend ernstige spraak- en taalproblemen, cluster 2 – onderwijs en de indicatiecriteria voor cluster 2 – onderwijs besproken. Tot slot wordt er ingegaan op diverse meetinstrumenten waarmee de kwaliteit van leven in kaart gebracht kan worden.

2.1. KWALITEIT VAN LEVEN

De definitie van Quality of Life volgens World Health Organisation (WHO):

"An individuals 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, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment".

De bovenstaande definitie kan als volgt vertaald worden:

De individuele perceptie van zijn plaats in het leven in de context van zijn cultuur en van zijn waardeschaal met betrekking tot zijn objectieven, zijn verwachtingen, zijn standaarden. Het concept integreert op een complexe manier de fysieke gezondheid van de persoon, zijn psychologische toestand, zijn niveau van onafhankelijkheid, zijn sociale relaties, zijn persoonlijke overtuiging en zijn relatie met de evenementen uit zijn omgeving (World Health Organization (Programm on mental Health), 1997) (Ciriha).

De Nederlandse definitie zoals beschreven door Spangers:

"Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan. Kwaliteit van leven bestaat dus uit zowel relatief objectieve als uit subjectieve aspecten. Objectieve aspecten gaan over het feit of iemand als gevolg van zijn gezondheid bepaalde beperkingen heeft. Subjectieve aspecten zeggen iets over het oordeel van de persoon over (aspecten van) zijn gezondheid. Het gaat dus bijvoorbeeld niet alleen over het

aantal treden dat iemand kan traplopen in een bepaald tijdsbestek, maar ook over hoe hij of zij dit ervaart" (Sprangers, 2009).

2.1.1. KWALITEIT VAN LEVEN, DE ZES DOMEINEN VOLGENS FERRANS

Kwaliteit van leven staat binnen dit onderzoek voorop. In dit onderzoek bestaat de doelgroep uit kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen en hun ouders. Uit eerder onderzoek van Thiessen (2006) is reeds gebleken dat ernstige spraak- en taalproblemen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven. Dit is echter maar één factor die invloed heeft op de kwaliteit van leven. Wat bepaalt of een kind of een ouder zich gelukkig en tevreden voelt over zijn of haar leven? Om een beter beeld te scheppen over alle factoren die van invloed zijn op de algehele kwaliteit van leven zal aan de hand van onderstaande domeinen volgens Ferrans duidelijk gemaakt worden welke factoren van invloed zijn en welk effect deze hebben op de algehele kwaliteit van leven.

In de literatuur bestaat er een breed spectrum van definities van kwaliteit van leven. In de vroege jaren 1990, ontwikkelde Ferrans een nuttige systematiek van conceptualisaties van de kwaliteit van leven en groepeerde deze in zes brede categorieën (Ferrans, 1990, 1992, 1996 in Moons et. al., 2006): (1) normaal leven, (2) maatschappelijk nut, (3) geluk/beïnvloeding, (4) levenstevredenheid, (5) prestatie van persoonlijke doelen en (6) natuurlijke capaciteiten. Als toevoeging aan deze zes conceptuele benaderingen, wordt volgens Moons et. al. (2006) ook het 'nut' en 'tevredenheid met specifieke domeinen' als mogelijke conceptualiseringen gegeven. Hoewel sommige van deze conceptualiseringen onlangs niet meer worden erkend als het vertegenwoordigen van de kwaliteit van leven, zijn er toch een aantal onderzoekers die ze nog steeds gebruiken in hun onderzoek naar kwaliteit van leven. Daarom worden ook deze conceptualiseringen besproken (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Normaal leven

Normaal leven wordt gedefinieerd met de mogelijkheid om te voldoen in basisbehoeften en daarnaast om gezondheid en welzijn te onderhouden (Leidy, 1994 in Moons et. al., 2006), of als alternatief, de afwezigheid van beperkingen, vaardigheden, geestelijke status en langdurig leven (Clark & Bowlen, 1989 in Moons et al., 2006). In dit opzicht wordt de kwaliteit van leven beschouwd als een breed begrip dat zich voornamelijk richt op ziekte of aantasting waardoor een individu beperkingen ervaart en zodoende geen normale rol in het leven kan vervullen (Carr et al., 2001 in Moons et al., 2006). De conceptualisering van kwaliteit van leven in termen van een normaal leven vergelijkt de werking van de respondent met die van gezonde personen of modale individuen van dezelfde leeftijdsgroep (Ferrans, 1987 in Moons et al., 2006). Perfecte gezondheid wordt veelal gebruikt als de standaard voor normaliteit (Ferrans, 1990 in Moons et. al., 2006). Volgens deze conceptualisering wordt de kwaliteit van leven bepaald door het individu. Hoe meer het individu zijn leven weerspiegelt als normaal, hoe beter de kwaliteit van leven (Ferrans, 1992 in Moons et. al., 2006). Deze aanpak richt zich dus voornamelijk op de functionele mogelijkheden en de gezondheidstoestand van de patiënt (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Maatschappelijk nut

Maatschappelijk nut definieert de kwaliteit van leven naar iemands mogelijkheid om een sociaal 'nuttig' leven te leiden (Edlund & Tancredi, 1985 in Moons et. al., 2006). Deze definitie overweegt een patiënt zijn mogelijkheid om een betekenisvolle bijdrage te leveren aan de samenleving via betaalde arbeid of het sociaal vervullen van gewaardeerde rollen, zoals dat van een leraar, vrijwilliger, ouder etc. (Ferrans, 1992 in Moons et. al., 2006). In dit opzicht wordt de werkgelegenheid of productiviteit bij bijzondere waardevermindering vaak gebruikt als indicatoren van de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven, gedefinieerd als maatschappelijk nut, is daarom sterk gerelateerd aan de fysieke beperkingen of symptomen van de ziekte van de patiënt. Daarnaast zou ook opgemerkt moeten worden dat percepties en vooroordelen van anderen ook een aanzienlijke impact kunnen hebben op het kunnen vinden van werkgelegenheid of sociale waardering voor een persoon met een beperking (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Nuttigheid

Een ander perspectief gerelateerd aan deze bijzondere conceptualisatie van de kwaliteit van het leven is de notie van het nut. Nuttigheid verwijst naar een voorkeur gebaseerde gezondheidstoestand, die vaak wordt gebruikt in kostenevaluaties in de gezondheidszorg. Nuttigheidsmaatregelen zorgen voor een kwantitatieve schatting van voorkeuren voor bepaalde gezondheidstoestanden van bepaalde staten, voornamelijk verkregen van een representatieve steekproef van de algemene bevolking. Voor elke gezondheid staat een bijbehorende index waarde variërend van nul tot één, die wordt berekend. Een index nul komt overeen met de dood terwijl één staat voor een perfecte gezondheidstoestand (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Geluk/beïnvloeding

Deze conceptualisering van kwaliteit van leven richt zich op de emotionele status van de patiënt of de respondent en weerspiegelt zijn/haar gevoelens op dat moment. Geluk/beïnvloeding heeft betrekking op het evenwicht tussen positieve gevoelens (opgetogenheid) en negatieve gevoelens (depressie) (Ferrans, 1992 in Moons et. al., 2006). Het is een tijdelijk en soms kortdurende toestand die wordt beïnvloed door vele externe en interne factoren. Geluk/beïnvloeding kunnen daarom aanzienlijk schommelen en van dag tot dag veranderen. In deze conceptualisatie worden depressieve symptomen en stemmingswisselingen gezien als indicatoren voor de kwaliteit van leven (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Levenstevredenheid

Levenstevredenheid is de mate waarin een persoon positief oordeelt over de algehele kwaliteit van zijn/haar leven (Veenhoven , 1996 in Moons et al. 2006). Het verwijst naar het niveau van plezier en tevredenheid van het leven tot nu toe (Veenhoven , 1996 in Moons et al. 2006). Levenstevredenheid hangt grotendeels af van de mogelijkheid die de patiënt heeft om een leven te leiden dat voldoet aan zijn/haar persoonlijke behoeften (Karan et. al., 1990 in Moons et. al., 2006). De beoordeling hiervan is voorafgegaan door een cognitieve evaluatie van iemands persoonlijke voorwaarden van het leven. In dit opzicht verschilt ‘tevredenheid met het leven’ van ‘geluk/beïnvloeding’. ‘Geluk/beïnvloeding’ is meer emotie gedreven (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Tevredenheid met specifieke domeinen

Een andere verwante conceptualisatie is tevredenheid van specifieke domeinen, die verwijzen naar de tevredenheid over diverse domeinen van het leven zoals liefde, huwelijk, vriendschap, vrije tijd, baan etc. (Diener et al.,1997; Ferrans, 1992 in Moons et. al., 2006). De mate van tevredenheid met specifieke domeinen kunnen variëren van derving tot voldoening (Ferrans, 1992 in Moons et. al. 2006), (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Verwezenlijking van persoonlijke doelen

Met deze conceptualisatie wordt de kwaliteit van leven uitgedrukt in termen van de discrepantie tussen een individu zijn/haar daadwerkelijke status en wat hij/zij wenst of verwacht (Sartorius, 1989 in Moons et. al., 2006). Dit verschil tussen verwachtingen en de werkelijke ervaringen wordt aangeduid als 'Calman's Gap'(Calman, 1984 in Moons et. al., 2006). In het domein, 'bereiken van persoonlijke doelen', wordt ervan uitgegaan dat de kwaliteit van leven wordt versterkt als een individu zijn/haar doelen kan bereiken. Persoonlijke ontplooiing, zelfverwerkelijking en tevredenheid bij het vergelijken van jezelf met anderen zijn kritische elementen die, volgens deze conceptualisering, de kwaliteit van het leven definiëren (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

Natuurlijke capaciteiten

Kwaliteit van het leven bekeken in termen van natuurlijke capaciteiten, omvat de aanwezigheid van normaal aangeboren fysieke en mentale mogelijkheden, zowel de werkelijke als de potentiële.

Natuurlijke capaciteiten zijn van belang bij zeer fundamentele behoeften, bijvoorbeeld: verlichting van ernstige pijn of het kunnen communiceren met de omgeving. Definities van kwaliteit van leven in termen als "natuurlijke capaciteiten", zijn voornamelijk ontwikkeld voor ethische debatten en voor gevallen waarin de conditie van een patiënt of het ongeboren kind zodanig is dat de gezondheidszorg/professionals wordt gevraagd het leven te beëindigen (Farsides en Dunlop, 2001 in Moons et.al., 2006). Kwaliteit van leven, vanuit dit perspectief, wordt gebruikt om antwoord te geven op de vraag: is dit leven de moeite waard? Beoordeling van kwaliteit van het leven in termen van natuurlijke capaciteiten is vaak gemaakt door volmachten zowel gezondheidszorg als ook door verzorgers die zich in de schoenen van de patiënt moeten verplaatsen om te kunnen beslissen over hoe de gezondheidstoestand van de

patiënt en de zorg invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt (Addington-Hall & Kalra, 2001 in Moons et.al., 2006) (Moons, Budts, & Geest de, 2006).

2.2. ERNSTIGE SPRAAK- EN TAALPROBLEMEN

Spraakstoornissen

Volgens Schaerlaekens (2008) worden spraakstoornissen als volgt gedefinieerd:

"Bij spraakstoornissen gaat het om problemen gesitueerd ter hoogte van de perifere organen: ademhalingssysteem, larynx, articulatieorganen''.

De problemen die zich kunnen voordoen op deze gebieden kunnen zowel anatomisch als ook functioneel van aard zijn. Bij spraakstoornissen wordt maar één taalniveau verstoord. Het gaat hierbij om de articulatorische productie en de fonologische actief. Het kind wordt hierdoor minder goed begrepen waardoor het de zin om te praten kan verliezen (Schaerlaekens, 2008).

Taalstoornissen

Er bestaat een groot verschil tussen spraak- en taalstoornissen. Taalstoornissen zijn centraal van aard en gesitueerd op het corticale niveau. De perifere spraakorganen zijn, anders dan bij spraakstoornissen, intact. Daarnaast worden bij taalstoornissen alle aspecten van de taal aangetast: fonologie, semantiek, syntaxis, pragmatiek, comprehensie en productie (Schaerlaekens, 2008).

In de literatuur wordt vaak onderscheid gemaakt tussen een vertraagde en een gestoorde taalverwerving, of een combinatie van beide. Men spreekt van een vertraagde taalverwerving wanneer het gehele taalsysteem, zowel de productie als ook de comprehensie, kenmerken van een jonger kind vertoont. Van een afwijkende of gestoorde taalverwerving wordt gesproken wanneer het taalsysteem van een kind kenmerken vertoont die meestal niet in een bepaalde fase van het taalverwervingsproces thuishoren en die geen samenhangend beeld vormen. Daarnaast komt ook wel eens een combinatie van een vertraagde en gestoorde taalverwerving voor. Het kind produceert dan zinnen die grotendeels bij de ontwikkeling van een jonger kind horen, maar ook bizarre kenmerken die in geen taalverwervingsfase voorkomen. Deze problemen kunnen zich op verschillende taalniveaus afspelen (Schaerlaekens, 2008).

Er worden diverse schattingen in de literatuur gevonden omtrent de prevalentie van taalstoornissen bij kinderen. Dit heeft te maken met de verschillende definities die gehanteerd worden. Zo gebruiken medici de term dysfasie of een dysfatische ontwikkeling bij een niet-goed verlopende taalverwerving. Logopedisten en psychologen spreken daarentegen van een vertraagde spraak- taalverwerving of taalachterstand. Linguïsten gebruiken weer een andere term om een taalstoornis aan te duiden, namelijk 'specifieke taalstoornis' ook wel bekend als SLI (Specific Language Impairment) (Schaerlaekens, 2008). De schattingen van het voorkomen van taalstoornissen lopen hierdoor uiteen van 1% tot 19% afhankelijk van de gehanteerde criteria en definities (De Winter, Balledux, & Mare, 1992 in Schaerlaekens, 2008).

ESM

De term ESM (ernstige spraak- en taalmoeilijkheden) wordt in de Nederlandse praktijk gehanteerd binnen de zorg, het onderwijs en in het beleid ten aanzien van de indicatiestelling. De Nederlandse definitie van ESM is in de internationale literatuur met name gebaseerd op exclusiecriteria (van Weerdenburg, 2009):

"Er is sprake van ESM wanneer een kind geen normale spraak- en/of taalontwikkeling doormaakt en wanneer dit niet verklaard kan worden door gehoorproblemen, tweetaligheid, aantoonbare neurologische afwijkingen, ernstige fysieke en emotionele problemen, algemene cognitieve beperkingen of afwijkende omgevingsinvloeden" (van Weerdenburg, 2009).

ESM is de afkorting voor Ernstige Spraak- en Taal Moeilijkheden. Deze afkorting wordt gehanteerd binnen het cluster 2 – onderwijs. Een ESM school oftewel cluster 2 – school is voor kinderen met een hardnekkig spraak- en/of taalprobleem. Binnen het cluster 2 – onderwijs wordt extra ondersteuning geboden op het gebied van spraak en taal. De communicatie staat als het ware op de eerste plaats. Alvorens een kind verwezen wordt naar het cluster 2 zal er een aanvraag ingediend moeten worden bij de onafhankelijke Commissie voor Indicatiestelling (CvI) van een Regionaal Expertise Centrum (REC). Op basis van de ernst van de spraak- en/of taalproblemen, een beperkte vooruitgang in individuele logopedische taaltherapie en de ernst van de onderwijsbeperking beslist het CvI over de toelating van een kind naar het cluster 2 – onderwijs (Fenac). Tevens zijn er naast aangepast onderwijs, ook peutergroepen voor kinderen met ernstige spraak- en/of taalproblemen in audiologische centra. Deze zijn meestal gekoppeld aan een school voor cluster 2 – onderwijs (Fenac).

2.3. SPECIAAL ONDERWIJS

Speciaal onderwijs wordt door Stichting Gehandicapten Overbetuwe als volgt gedefinieerd:

"Voor leerlingen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicap en leerlingen met psychiatrische of gedragsproblemen is het basisonderwijs of sbo niet geschikt. Deze groep leerlingen gaat naar het speciaal onderwijs (so)" (Stichting Gehandicaptenplatform Overbetuwe).

Er zijn verschillende vormen van speciaal onderwijs. Dit onderzoek heeft zich echter specifiek op het cluster 2 – onderwijs gericht. Hieronder wordt cluster 2 – onderwijs verder toegelicht.

2.4. CLUSTER 2 - ONDERWIJS

Voor een alomvattende beschrijving van cluster 2 – onderwijs is er uitgegaan van een definitie gegeven door de Rijksoverheid:

"Scholen voor dove kinderen, slechthorende kinderen, kinderen met ernstige spraakmoeilijkheden en kinderen met communicatieve problemen zoals bepaalde vormen van autisme, eventueel in combinatie met een andere handicap" (Rijksoverheid).

Zoals eerder vermeld is er voor kinderen met ESM op een cluster 2 – school extra ondersteuning op het gebied van spraak en taal. Er wordt met name ondersteuning geboden door een combinatie van 'leerkracht', 'logopedist' en de 'visuele (en multimodale) ondersteuning'. Binnen andere onderwijsvormen ontbreekt deze combinatie. De focus van het cluster 2 – onderwijs ligt op het leren communiceren en het gebruiken van taal. Multidisciplinaire samenwerking, waarin de communicatieve vaardigheden van de leerlingen centraal staan, is dan ook van groot belang. In het cluster 2 – onderwijs zou er minder sprake zijn van gedragsproblemen dan bijvoorbeeld in het speciaal basisonderwijs of ZML – onderwijs (zeer moeilijk lerende kinderen). Hierdoor onderscheidt cluster 2 – onderwijs zich van speciaal basisonderwijs of ZML – onderwijs omdat daar de focus meer ligt op het corrigeren van gedrag en de leerstoornis. Ook zijn de problematieken binnen het cluster 2 – onderwijs homogener ten opzichte van speciaal basisonderwijs of ZML – onderwijs. Uiteraard is de problematiek en de aanpak van ieder kind anders, maar ze voldoen wel allemaal aan de ESM oftewel cluster 2 criteria (van Weerdenburg, 2009).

De meeste kinderen met ESM zouden veel problemen ondervinden op het regulier onderwijs. Ten eerste kunnen zij het tempo waarop de leerstof wordt aangeboden niet bijhouden en ten tweede hebben zij onvoldoende communicatieve vaardigheden. Hierdoor verloopt het communiceren met andere leerlingen en leerkrachten anders. Kinderen met ESM hebben namelijk veel meer tijd nodig voor het verwerken van informatie voordat ze kunnen reageren. Ten slotte is de sociale redzaamheid vaak onvoldoende bij kinderen met ESM. Hierdoor kunnen zij zich niet volledig ontplooien binnen het reguliere onderwijs. Veel kinderen die net binnenkomen in het cluster 2 – onderwijs 'bloeien helemaal op' wanneer ze eindelijk in een klas terecht komen waar zij niet als enige achterlopen en zich moeilijk verstaanbaar kunnen maken. Ze komen eindelijk in een klas terecht waar zij zich geaccepteerd en veilig kunnen voelen. Pas dan zijn er de voorwaarden voor het leren (van Weerdenburg, 2009).
Samenvattend kan men zeggen dat cluster 2 – onderwijs zich van de andere onderwijsvormen onderscheidt door de extra aandacht die er besteed wordt aan de communicatie en taal. Wanneer een kind niet via taal kan communiceren zal er altijd een andere manier zijn waarop een kind kan communiceren (van Weerdenburg, 2009).

2.5. INDICATIECRITERIA: CLUSTER 2 – ONDERWIJS

Alvorens een kind met ernstige spraak- en taalproblemen toegelaten wordt op het cluster 2 – onderwijs moet het voldoen aan de volgende indicatiecriteria:

Kinderen met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden

- Het kind heeft een ernstige spraak- en taalstoornis waarvoor het kind ook therapie heeft gekregen wat niet heeft geleid tot verbetering.

Of

- Het kind heeft een ernstige spraak- en taalstoornis en nog een andere stoornis.

Of

- Het kind heeft door een andere stoornis veel moeite met het gebruik van taal in sociale situaties, bijvoorbeeld bij sommige kinderen met een stoornis uit het autistisch spectrum.

En

- Het kind heeft een leerachterstand of de leervoorwaarden voor school ontbreken.

Of

- Het kind ondervindt ernstige problemen in de communicatie.

En

- Duidelijk moet zijn dat de beschikbare zorgstructuur van het reguliere onderwijs en vanuit de zorgsector niet toereikend is.

Er is een stoornis zoals omschreven in de criteria (door COTAN genormeerde tests vastgestelde achterstanden binnen tenminste twee taalaspecten* van meer dan 1,5 standaarddeviatie (SD) ten opzichte van het gemiddelde, vastgesteld met minimaal twee taaltests/testonderdelen per aspect). De stoornis is niet toe te schrijven aan het niveau van cognitief functioneren. (REC2Holland-Flevoland)

*De 4 aspecten zijn:

A1: spraakproductie (verstaanbaarheid)

A2: auditieve verwerking (o.a. het onderscheiden en herkennen van spraakklanken)

A3: grammaticale kennisontwikkeling (o.a. zinsbouw en zinslengte)

A4: lexicaal semantische ontwikkeling (o.a. de woordenschat, het vinden van woorden en het leggen van relaties tussen woorden en zinnen)

A5: pragmatiek, formeel geen aspect, maar wel veel gebruikt als aanvulling

(REC ZeON toelichting stoornis ESM, 2012)

Of:

Er is een algemene spraak- en/of taalstoornis (door algemene tests voor spraak- en/of taalproblematiek vastgestelde achterstanden van meer dan 2 SD ten opzichte van het gemiddelde). De stoornis is niet toe te schrijven aan het niveau van cognitief functioneren.

En:

Logopedische therapie (gedurende ten minste een half jaar) heeft onvoldoende vooruitgang opgeleverd.

Er is een beperking in onderwijsparticipatie (waarbij het deelaspect “de communicatieve redzaamheid” mede is beoordeeld door een logopedist of psychodiagnosticus).
Hulp en begeleiding in regulier onderwijs c.q. zorgsector zijn ontoereikend (REC2Holland-Flevoland).

2.6. MEETINSTRUMENTEN

Tijdens het literatuuronderzoek kwamen een aantal vragenlijsten herhaaldelijk naar voren waarmee de kwaliteit van leven van kinderen en hun ouders onderzocht kon worden. Hieronder zal verder worden ingegaan op een selectie vragenlijsten die de kwaliteit van leven meten.

2.6.1. DE PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY

De Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) is een vragenlijst waarmee de kwaliteit van leven in verband met de gezondheidstoestand van gezonde kinderen of kinderen die aan verschillende ziekten lijden, geëvalueerd kan worden.
De doelgroep waar de PedsQL zich op richt zijn kinderen, adolescenten en jong volwassenen van 2 tot 25 jaar die gezond zijn of met een acuut of chronisch gezondheidsprobleem te maken hebben, zoals een gezondheidsprobleem bij hun ouders of verwanten (Varni, Seid, & Kurtin, 2001).

De PedsQL bestaat uit één belangrijk gedeelte dat verschillende generieke schalen omvat. Er kunnen eventueel specifieke aanvullende modules toegevoegd worden voor een bepaalde gezondheidsproblematiek. De 23 vragen hebben betrekking op vier verschillende domeinen:

1. het lichamelijk functioneren (8 items);
2. het emotioneel functioneren (5 items);
3. het sociaal functioneren (5 items);
4. het functioneren op school (5 items).

De vragenlijst, gericht tot de ouders en verwanten, maakt het mogelijk om de waarnemingen van ouders, ten opzichte van de kwaliteit van leven gerelateerd aan de gezondheid van hun kind, te evalueren. De vragenlijst houdt rekening met de perceptie van het kind en dat van de ouders of de verwanten.
De vragenlijst kan afgenomen worden via zelfrapportage of de vragenlijsten kunnen gericht worden tot de ouders of de verwanten. Er bestaan verschillende versies van de schalen die aangepast worden aan de leeftijd en de cognitieve ontwikkeling van de kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Voor elke versie wordt de vragenlijst gericht tot de ouders en verwanten.

Er bestaan verschillende versies van de PedsQL. De korte versie (PedsQL 4.0 short form Generic Core scales) bevat 15 items en is beschikbaar, zoals de lange versie, voor kinderen van 2 tot 4 jaar, kleine kinderen van 5 tot 7 jaar, kinderen tussen 8 en 12 jaar en adolescenten van 13 tot 18 jaar. De gevalideerde versies in andere talen zijn eveneens beschikbaar (Varni, Seid, & Kurtin, 2001).

2.6.2. SF-12

Een tweede vragenlijst die de kwaliteit van leven onderzoekt, is de SF-12. De SF-12 is een selectie van twaalf vragen uit de SF-36 (Sullivan, J., & Ware, 1995). De vragen hebben betrekking op drie domeinen:

1. de functionele status;
2. het welbevinden;
3. de algemene evaluatie van de eigen gezondheid.

Zes vragen verwijzen naar de functionele status, waaronder lichamelijk en sociaal functioneren en lichamelijke en emotionele rolbeperkingen. Vier vragen verwijzen naar het welbevinden, waaronder mentale gezondheid (twee vragen), vitaliteit en pijn. Eén vraag betreft de algemene evaluatie van de eigen gezondheid.

2.6.3. TAPQOL

De TAPQOL (2004) is een meetinstrument dat de perceptie van de ouders over de gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven van hun kind met een leeftijd tussen 1 en 5 jaar weergeeft.
Dit meetinstrument (vragenlijst) is ontworpen om een systematische, valide en betrouwbare beschrijving te geven van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van kinderen tussen de 1 en 5 jaar. Informatie over de gezondheid van het kind, verkregen via de ouders, wordt afgewogen tegen de emotionele reactie van het kind zelf op de gezondheidsproblemen die het heeft.
De TAPQOL bestaat uit een vragenlijst van 43 vragen die elk bestaan uit twee subvragen waarbij de eerste het bestaan van de klacht/beperking beoordeelt (‘nooit – soms – vaak’) en de tweede de

reactie van het kind op deze klacht/beperking beoordeelt (‘goed - niet zo goed - vrij slecht – slecht’). De TAPQOL wordt ingevuld door de ouders.

De TAPQOL kan worden gebruikt om de impact van ziekte en behandelingen te beoordelen op twaalf domeinen van het leven van jonge kinderen:

1) maag-darmklachten;
2) huidproblemen;
3) longproblemen;
4) slaapproblemen;
5) eetgedrag;
6) gedragsproblemen;
7) stemming;
8) angsten;
9) levenslust;
10) sociaal functioneren;
11) motoriek;
12) communicatie.

Het invullen van de TAPQOL neemt ongeveer tien minuten in beslag (Fekkes, Bruil, & Vogels, 2004).

2.6.4. TACQOL

De TACQOL (1996) is eveneens een meetinstrument dat de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven meet, deze test is ontwikkeld voor kinderen tussen de 6 en 15 jaar.
Deze vragenlijst bestaat uit een vragenlijst voor ouders van kinderen tussen de 6-15 jaar. Hierbij wordt ouders gevraagd om de gevoelens van hun kind met betrekking tot functionele problemen te achterhalen. Hierbij moeten ouders hun eigen gevoelens buiten beschouwing laten.
Voor kinderen met een leeftijd tussen 8 en 15 jaar is er een kindervragenlijst. Hierbij vullen kinderen de vragenlijst zelfstandig in. De TACQOL bevraagt klachten/emoties van de afgelopen weken. De lijst omvat 63 vragen die net zoals de TAPQOL bestaat uit twee subvragen. Deze vragen zijn opgedeeld in zeven domeinen namelijk:

1) lichaam/algemeen fysiek functioneren;
2) motoriek/bewegen;
3) autonomie;
4) cognitief functioneren/schoolprestaties;
5) sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten;
6) voorkomen van positieve stemming;
7) voorkomen van negatieve stemming.

Het invullen van de TACQOL neemt ongeveer tien minuten in beslag (Theunissen, Vogels, Verrips, Koopman, Fekkes, & Kamphuis, 1999). De items en domeinen in de TACQOL zijn gekozen op grond van resultaten uit focusgroepen met ouders, kinderartsen en ontwikkelingspsychologen (Vogels, Theunissen, Verrips, Koopman, & Verloove-Vanhorick, 1996) (Verrips G. , Vogels, Verloove-Vanhorick, Fekkes, Koopman, & Kamphuis, 1998).

2.6.5. TAAQOL

De TNO-AZL vragenlijst gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voor volwassenen (TAAQOL) is samengesteld om een systematische, waardevolle en betrouwbare beschrijving van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven mogelijk te maken bij personen van 16 jaar en ouder. De TAAQOL wordt door de respondenten zelf ingevuld.

De TAAQOL bevat de volgende twaalf schalen:

1) functioneren van de grove motoriek;
2) functioneren van de fijne motoriek;
3) cognitie;
4) slaap;
5) pijn;
6) sociale contacten;
7) dagelijkse activiteiten;
8) seks;
9) vitaliteit;
10) gelukzaligheid;

11) depressieve stemming;
12) woede.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer tien minuten in beslag. Elke vraag kan beantwoord worden aan de hand van een vierpuntschaal, waarnaar er bij bepaalde antwoorden nog een vierpuntschaal ingevuld moet worden om het antwoord verder te specificeren. De vragenlijst is ontwikkeld voor onderzoeksdoeleinden, vooral op groepsniveau. De TAAQOL is een multidimensionaal instrument, met twaalf schalen. De domeinen die opgenomen zijn in de TAAQOL zijn gebaseerd op literatuuronderzoek, discussies met experts (psychologen en medisch specialisten) en statistische tests (Bruil, Fekkes, Vogels, & Verrips, 2004).

2.6.6. OVERIGE MEETINSTRUMENTEN

Er zijn nog een aantal vragenlijsten die de kwaliteit van leven bij volwassenen meten. Echter zijn deze vragenlijsten veelal gebaseerd op chronisch zieken. Voorbeelden van vragenlijsten zijn de Quality of Life Scale (QOLS), Sickness Impact Profile, RAND-36 en SF-36. Hierbij moet opgemerkt worden dat de SF-36 bijna identiek is aan de RAND-36: de RAND-36 en de SF-36 zijn oorspronkelijk gebaseerd op dezelfde Amerikaanse vragenlijst. Deze vragenlijsten verschillen echter enigszins wat betreft wegingsfactoren. De RAND-36 meet een negental factoren (fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen (fysiek probleem), rolbeperkingen (emotioneel probleem), mentale gezondheid, vitaliteit, pijn, algemene gezondheidsbeleving, gezondheidsverandering) (Zee & Sanderman, 2012).

3. STAND VAN ZAKEN

In de stand van zaken zal verder worden ingegaan op de huidige toestand van de kwaliteit van leven van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen en de kwaliteit van leven van de ouders van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen gebleken uit nationale en internationale studies.

3.1. KWALITEIT VAN LEVEN VAN KINDEREN MET ERNSTIGE SPRAAK- EN TAALPROBLEMEN

Er zijn tot nu toe maar weinig studies uitgevoerd waarbij gekeken werd naar de kwaliteit van leven bij kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen. Over de kwaliteit van leven van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen die het cluster 2 – onderwijs volgen is nog niets bekend. Wel zijn er een aantal studies gevonden waarbij gekeken werd naar de emotionele/sociale of gedragsmatige problemen die deze kinderen kunnen ondervinden. Uiteraard heeft dit ook invloed op de kwaliteit van leven bij kinderen. Hieronder staan alle bevindingen uit nationale en internationale literatuur..

Reeds uit de thesis van Thiesen (2006) ”Kwaliteit van leven bij spraak- en taalgestoorde kinderen” is gebleken dat de kwaliteit van leven van taalgestoorde kinderen vaak lager ligt in vergelijking met kinderen zonder taalproblemen.

Ook uit een andere studie (Van Agt, 2005) waarin eveneens gekeken werd naar de kwaliteit van leven bij kinderen met taalstoornissen kwam naar voren dat kinderen met een taalstoornis significant lager scoorden op de TAPQOL in vergelijking met kinderen zonder deze problematiek. In het onderzoek maakte van Agt gebruik van zes domeinen uit de TAPQOL namelijk: gedragsproblemen, stemming, angsten, levenslust, sociaal functioneren en communicatie. Kinderen met een spraak- en taalprobleem bleken significant lager te scoren op de domeinen ‘communicatie’ en ‘sociaal functioneren’ in vergelijking met kinderen zonder spraak- en taalproblemen. Er was geen significant verschil tussen de andere domeinen. Uit het onderzoek is gebleken dat zelfs op een leeftijd van 3 jaar kinderen met taalproblemen een lagere gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven hebben dan kinderen zonder deze problemen. In deze studie werd gedemonstreerd dat taalproblemen een impact kunnen hebben op het sociale

leven van het kind. Ouders geven aan dat hun kinderen meer problemen ervaren bij het begrijpen van anderen, duidelijk spreken en in het uiten van behoeften. Bovendien blijken ze minder in staat te zijn om met andere kinderen te spelen, voelen zij zich minder op hun gemak bij andere kinderen en voelen zij zich minder zeker van zichzelf bij andere kinderen. Als het sociale leven van kinderen wordt beïnvloed kan dit gevolgen hebben voor hun cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling en voor hun welzijn waardoor op latere leeftijd gedragsproblemen en leerproblemen kunnen ontstaan (Van Agt, 2005).

Andere studies toonden aan dat kinderen met ernstige spraak en/of taalstoornissen een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van gedrags- en psychiatrische stoornissen waaronder aandachtstoornissen, scheidingsangst, selectief mutisme, teruggetrokken gedrag, agressie e.d. (Beitchman, Hood, & Inglis, 1990), (Noterdaeme & H., 1999), (Willinger, Brunner, Diendorfer-Radner, Sams, Sirsch, & Eisenworth, 2003).

In twee andere studies werd het (sociale) gedrag van kinderen met SLI bekeken. Uit beide studies kwam naar voren dat kinderen met SLI meer problemen ervaren op het gebied van zelfstandig uitvoeren van taken, verantwoordelijkheid, samenwerken, zelfbeheersing en sociale vaardigheden in vergelijking met normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten (Stanton-Chapman, Justice, Skibbe, & Grant, 2007), (McCabe, 2005).

Tevens zijn er follow-up studies gedaan waarbij kinderen na het stellen van de diagnose ‘ernstige spraak- en taalproblemen’ twintig tot dertig jaar werden gevolgd. Hieruit kwam naar voren dat er met betrekking tot de kwaliteit van leven in de volwassen leeftijd geen significant verschil meer blijkt te zijn in vergelijking met de controlegroep. Als men echter kijkt naar de educatie bleek er wel een verschil te zijn. Hierop scoorden de controle en speech-only groep significant hoger dan de groep taalstoornissen. 92% van de controle en speech-only groep rapporteerden dat zij de middelbare school hadden afgemaakt in tegenstelling tot 76% van de groep taalstoornissen. Van deze 76% rapporteerden er maar 3% dat zij een universitaire diploma hebben in tegenstelling tot 27-32% van de speech-only en controle groep. Daarnaast werd in deze follow-up studies gekeken naar taalvaardigheden, cognitieve vaardigheden en academische vaardigheden. Kinderen met taalproblemen lieten vooraanstaand gelijktijdige en langdurige tekorten in de taal, cognitieve en academische domeinen zien ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder vroege taalproblemen en voltooiden minder onderwijs. Jongens met taalproblemen liepen het risico van

delinquent en antisociaal gedrag, meisjes met taalproblemen hadden meer kans op seksueel misbruik en om aan vroeg ouderschap te beginnen (Beitchmann, Johnson, & Brownlie, 2010).

Tot slot zijn er nog twee studies gevonden waarbij werd gekeken naar de kwaliteit van leven bij kinderen met een schisis en bij kinderen die stotterden. Deze twee stoornissen behoren dan weliswaar niet tot de doelgroep die binnen deze studie onderzocht werd, maar omdat het hier ook om stoornissen gaat die een spraakstoornis tot gevolg hebben, is besloten ook deze te vermelden. Ook uit deze studies kwam naar voren dat kinderen met een schisis of kinderen die stotteren een lagere kwaliteit van leven ervaren dan kinderen zonder deze problematiek (Chon, Mendes, Yaruss, & Quesal, 2010) (Damiano, et al., 2007).

3.2. KWALITEIT VAN LEVEN VAN OUDERS VAN KINDEREN MET ERNSTIGE SPRAAK- EN TAALPROBLEMEN

Er wordt algemeen aangenomen dat de manier van opvoeden significant beïnvloed wordt door het welzijn van een moeder. Moeders met een depressie spreken minder met hun kinderen dan gezonde moeders en daarom moet hun emotioneel welbevinden beschouwd worden als een belangrijke cofactor voor de spraak- en taalverwerving van hun kind. Aan de andere kant wordt er vermoed dat het welzijn en de kwaliteit van leven van moeders beïnvloed wordt door hun kind, vooral wanneer het kind een beperking of ontwikkelingsstoornis heeft (Rudolph, Kummer, Eysholdt, & Rosanowski, 2005).

Uit onderzoek van Rudolph, Kummer, Eysholdt en Rosanowski blijkt dat 11% van de moeders van spraakgestoorde kinderen voldeden aan bepaalde depressiviteitscriteria, in vergelijking met 2,5% in de controle groep. De prevalentie in de onderzoeksgroep was significant hoger. De prevalentie van angststoornissen verschilde niet significant van de normatieve data (Rudolph, Kummer, Eysholdt, & Rosanowski, 2004).

In een onderzoek van Rudolph, Kummer, Eysholdt en Rosanowski (2005) werd de kwaliteit van leven van moeders met spraakgestoorde kinderen onderzocht in vergelijking met controle data. Uit dit onderzoek bleek dat moeders van spraakgestoorde kinderen lagere scores behaalden, duidend op een slechtere gezondheidstoestand, met uitzondering van de subonderdelen lichamelijke pijn en geestelijke gezondheid. Vooral wat betreft de functies ‘fysiek’, ‘emotioneel’ en ‘fysiek functioneren’ behaalden de moeders beneden gemiddelde scores. Verder werd er door

de onderzoekers beschreven dat moeders van spraakgestoorde kinderen zich beperkt voelen in hun activiteiten in het dagelijks leven door hun fysieke of mentale gezondheidstoestand (Rudolph, Kummer, Eysholdt, & Rosanowski, 2005).

Markham en Dean beschreven in hun onderzoek het volgende citaat van een professional:

"Social consequences start early though, because once they start from two, often less than two, it shows quite markedly. The parents are often frustrated with the children and the wider family can't understand them and everyone else, and so the child often has temper tantrums … the mothers or the carers often get frustrated with the children because when they are pointing and shouting, especially when they get the guess wrong, as to what they have said, the child gets frustrated with the mother and in turn the mother gets frustrated with the child" (Markham & Dean, 2006).

In dit citaat komt duidelijk naar voren dat de professional ervaring heeft met gefrustreerde ouders. Deze frustratie komt voort uit het onbegrip dat zij ervaren. Ook kan er sprake zijn van driftbuien bij kinderen met spraak- en taalproblemen waardoor er ook gevoelens van frustratie bij de moeder opspelen.

Ook het volgende citaat werd in het onderzoek van Markham en Dean vermeld. Het citaat gaat over een ouder die beschrijft hoe het gedrag van haar dochters leeftijdsgenootjes ervoor zorgde dat haar dochter gedwongen afhankelijk werd tijdens haar schoolperiode. Als ouder voelde ze zich niet behulpzaam voor haar kind.

"I think that certainly, their experience of being at school or play school was different because, certainly since my daughter has been at school, the children react differently to her than they do to each other. She can't speak to them, so they, even the children the same age as her, mother her, do things for her, go and get things for her, answer questions for her, talk for her, … but you know she would be able to do it herself, or say it herself, if she was just given the time" (Markham & Dean, 2006).

Om het verband te onderzoeken tussen de stresservaring van moeders en de spraak- en taalproblemen van hun kind berekende Konst (2009) correlaties tussen de NOSIK (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index)-score en de quotiëntscore op de taalmaten en het IQ. Er werd geconcludeerd dat moeders meer stress ervaren naar mate hun kind een kleinere actieve

woordenschat heeft. Voor de andere taalvaardigheden, evenals voor de cognitieve vaardigheden, zijn geen verbanden gevonden met de stresservaring van de moeder (Konst, 2009).

Aan de hand van de bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat de kwaliteit van leven van ouders van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen relatief lager is dan de kwaliteit van leven van ouders met gezonde kinderen. Zo ervaren zij relatief meer stress en voldoen zij aan meer depressiviteitscriteria dan ouders waarvan kinderen een normale taalverwerving doorlopen. Ook hebben ouders van kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen een slechtere gezondheidstoestand, vooral wat betreft de functies ‘fysiek’, ‘fysiek functioneren’ en ‘emotioneel’, en voelen ze zich hierdoor beperkt in activiteiten in het dagelijks leven.
Dit onderzoek wil aantonen dat de kwaliteit van leven van kinderen door het volgen van cluster 2 – onderwijs verbetert en ook de kwaliteit van leven van hun ouders verbetert. De kwaliteit van leven van ouders heeft vermoedelijk een weerslag op de kwaliteit van leven van kinderen en is daarom belangrijk om in beeld te brengen.

4. METHODE

In het hoofdstuk methode wordt het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de berekening van de steekproefgrootte en de meetinstrumenten beschreven die in het onderzoek zijn gebruikt.

4.1. ONDERZOEKSDESIGN

Het onderzoek dat werd uitgevoerd voor deze thesis heeft het effect van interventie (cluster 2 – onderwijs) gemeten en had de vorm van een kwantitatief onderzoek. De resultaten van het onderzoek waren namelijk cijfermatig en konden uiteindelijk in percentages worden uitgedrukt. Alle onderzoekspersonen hebben deelgenomen aan alle metingen en daarom kan er gesproken worden van een within-subjects design.

4.2. ONDERZOEKSPOPULATIE

Om een onderzoekspopulatie te werven zijn er tien scholen voor speciaal basisonderwijs en twee cluster 2 – scholen benaderd. Er hebben gesprekken plaatsgevonden met twee cluster 2 – scholen, waarvan er één besloot om deel te nemen aan het onderzoek en de ander niet. Vervolgens heeft er een gesprek plaats gevonden met de andere cluster 2 – school en deze heeft besloten om deel te nemen aan het onderzoek. Er is besloten om samen te werken met de cluster 2 – school en niet met de benaderde scholen voor speciaal basisonderwijs, aangezien de cluster 2 – school zich specifiek richt op kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen en dit beter aansluit bij het toekomstig logopedische werkveld. De onderzoekspopulatie die geworven werd binnen de cluster 2 – school omvatte ouders en hun kinderen vanaf 4 jaar, die pas waren ingestroomd in het cluster 2 – onderwijs of pas een korte periode van onderwijs hadden genoten (niet langer dan drie maanden).

Tabel 4.1: In- en exclusiecriteria

Inclusie criteria	Exclusie criteria
De onderzoekspersonen zijn minimaal 4;0 jaar	De onderzoekspersonen voldoen niet aan de inclusiecriteria
De onderzoekspersonen voldoen aan de indicatiecriteria betreffende het cluster 2 – onderwijs (zie §2.5)	
De onderzoekspersonen zijn net ingestroomd in het onderwijs of ze hebben pas een korte periode (niet langer dan drie maanden) onderwijs genoten.	

Na het vast stellen van de onderzoeksgroep werden de onderzoekspersonen op grond van hun leeftijd ingedeeld in groepen. Deze zien er als volgt uit:

Tabel 4.2: Vragenlijst per leeftijdscategorie

Vragenlijsten	Leeftijd
TAPQOL	Voor de ouders/verzorgers van 1 tot en met 5 jarige kinderen
TACQOL – kindervragenlijst	Voor kinderen van 8 tot en met 15 jaar
TACQOL – oudervragenlijst	Voor de ouders/verzorgers van kinderen van 6 tot en met 15 jaar
TAAQOL	Voor personen van 16 jaar en ouder

4.3. BEREKENING VAN DE STEEKPROEFGROOTTE

Om betrouwbare en nauwkeurige uitspraken te kunnen verzamelen voor een onderzoek is het van belang dat er een voldoende grote steekproef geworven wordt. Om een representatieve steekproefgrootte te bepalen zijn er een aantal berekeningen nodig (Baarda B. , 2009).

Het betrouwbaarheidsinterval, de foutenmarge en de kans dat iemand een bepaald antwoord geeft, moeten bepaald worden (Baarda B. , 2009). Het betrouwbaarheidsinterval wordt beschreven als een interval waarbinnen met een bepaalde zekerheid een parameter wordt geschat (Brinkman, 2009). De foutenmarge, oftewel standaardmeetfout, geeft aan met welke zekerheid je kunt zeggen binnen welke afstand de ware score van de in een steekproef gevonden score af kan liggen (Baarda & Goede de, 2006). De meest gebruikelijke foutenmarge die binnen wetenschappelijk onderzoek gehanteerd wordt is 5% (Baarda B. , 2009). Tot slot wordt er gekeken naar de kans dat iemand een bepaald antwoordt geeft per vraag. Aangezien er over de verwachte uitkomsten nog geen uitspraken gedaan kunnen worden, werd uitgegaan van een 50% toevalsuitkomst (Alles over marktonderzoek , 2013).

Bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) waren in juni 2012 6864 kinderen geregistreerd die cluster 2 – onderwijs genoten (Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Voor het berekenen van de steekproefgrootte werd uitgegaan van deze waarde. Hierbij moet vermeld worden dat er bij het CBS geen informatie bekend was over het aantal kinderen dat ingestroomd was in het cluster 2 – onderwijs in 2012. De cijfers die gevonden werden via het CBS omvatten alle kinderen die op dat moment cluster 2 – onderwijs genoten en daarmee dus niet alleen kinderen die pas ingestroomd waren. Wegens het ontbreken van deze informatie kon de exacte waarde voor het berekenen van de steekproefomvang niet achterhaald worden. Wel kan gesteld worden dat deze waarde aanzienlijk lager zal liggen dan de steekproefomvang die uiteindelijk berekend zal worden.

Voor het berekenen van de steekproefgrootte werd de volgende formule gebruikt (Alles over marktonderzoek , 2013):

$$n = \frac{N * z^2 * p(1-p)}{z^2 * p(1-p) + (N-1) * F^2}$$

n = het aantal benodigde respondenten

z = de standaardafwijking bij een bepaald betrouwbaarheidspercentage (1,96 bij 95% betrouwbaarheid)

N = de grootte van de populatie

p = de kans dat iemand een bepaald antwoord geeft (in de meeste gevallen is dit 50%)

F = de foutmarge, vaak wordt hierbij 3%, 5% of 7% gehanteerd

Volgens deze berekening moesten er voor een betrouwbaarheidsinterval van 95%, 364 kinderen en ouders per onderzoeksgroep deelnemen aan het onderzoek. Bij vragenlijsten moet er echter rekening gehouden worden met de zogenoemde *non-response*. Volgens Baarda et. al (2006) kan men een responsrange van 20% tot 60% verwachten. In dit onderzoek wordt er uitgegaan van een responsrange van een gemiddelde van 40%. Aan de hand van de onderstaande formule kan berekend worden hoeveel onderzoekspersonen benaderd moeten worden om een totaal van 364 onderzoekspersonen te werven (InfoNu!, 2013).

$$N' = (n * 100 / re\%)$$

N´= vereiste steekproefomvang

n = aantal benodigde respondenten

re% = geschatte responspercentage

N’ = (364*100/40)

N’ ≈ 910

Om 364 reacties te ontvangen bij een responspercentage van 40% moesten ongeveer 910 onderzoekspersonen worden benaderd.

4.4. VERANTWOORDING MEETINSTRUMENTEN

Onderstaand wordt een verantwoording gegeven van de meetinstrumenten die reeds in het theoretisch kader zijn besproken. Er wordt onder andere ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van de meetinstrumenten die aan de hand van onderzoeken zijn onderzocht. Daaruit voortvloeiend is er een keuze gemaakt voor meetinstrumenten passend bij deze studie. De keuze en verantwoording voor deze meetinstrumenten worden aan het eind van deze paragraaf verder toegelicht.

4.4.1. PEDSQL

Varni, Seid & Kurtin hebben onderzoek verricht naar de interne samenhang van de PedsQL. Deze werd matig tot uitstekend bevonden. Dit kan worden uitgedrukt in een Chronbach's alpha tussen 0.68 en 0.88 voor de zelfrapportage vragenlijst. Dit is 0.75 tot 0.90 voor de vragenlijsten die gericht zijn aan de ouders of verwanten. De constructvaliditeit werd vastgesteld door middel van een variantie-analyse (ANOVA). De kinderen met een chronische ziekte werden vergeleken met kinderen die op dat moment ziek waren en met gezonde kinderen, voor alle schalen van de PedsQL. De resultaten zijn statistisch significant (verkregen *p*- waarden van $p < 0.001$) en geven weer dat de PedsQL een adequaat instrument is om de kwaliteit van leven te meten (Varni, Seid, & Kurtin, 2001). De PedsQL werd flexibel genoeg bevonden om te worden gebruikt voor verschillende klinische toepassingen voor pediatrische chronische aandoeningen (Varni, Seid, & Rode, 1999).

4.4.2. SF-12

Er zijn verschillende validiteits- en betrouwbaarheidsonderzoeken gedaan naar deze vragenlijst. Uit onderzoek van Xuemei et al bleek dat de SF-12 een aangetoonde goede interne consistentie, construct validiteit en responsiviteit had (Xuemei & al., 2003).

4.4.3. TAPQOL

Bunge deed in 2005 onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de TAPQOL. Uit dit onderzoek bleek dat de betrouwbaarheid van de TAPQOL behoorlijk is (Chronbach's alpha coëfficiënt bedroeg 0.66 tot 0.88 voor prematuren en 0.43 tot 0.84 in de algemene onderzoekspopulatie). Er was een goede interne consistentie. Uit test-hertestgegevens bleek geen significant verschil. De stabiliteit van de TAPQOL werd hiermee ook goed bevonden (Bunge, Essink-Bot, Kobussen, Suijlekom-Smit, Moll, & Raat, 2005). Uit een ander onderzoek naar de validiteit van de TAPQOL bleek dat de constructvaliditeit van de vragenlijst eveneens goed is (Fekkes, Bruil, & Vogels, 2004).
De correlatiecoëfficiënten tussen de verschillende subschalen van de TAPQOL was ongeveer 0.30. De concurrente validiteit werd geëvalueerd door de schalen van de TAPQOL te relateren aan de FS-II(R) score. De correlatiecoëfficiënten tussen de subschalen van de TAPQOL en de FS-II(R) zijn zwak, maar deze correlatie is beter als alle scores in rekening worden gebracht. In dat geval, is de correlatiecoëfficiënt 0.52, wat een behoorlijke waarde is (Fekkes, Bruil, & Vogels, 2004).

4.4.4. TACQOL

Verrips onderzocht de psychometrische prestaties van de TACQOL. Deze waren bevredigend. Chronbach’s alpha varieerde tussen 0.65 en 0.85, wat eveneens als bevredigend werd bevonden. Dit onderzoek concludeerde dat met de TACQOL de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij kinderen op valide en betrouwbare wijze gemeten kan worden (Verrips G. , et al., 1999). De interne consistentie en de validiteit van de schaalstructuur worden als goed beoordeeld (Kroon & Hodiamont, 2008).

4.4.5. TAAQOL

Om de convergente validiteit van de TAAQOL te onderzoeken, is deze vergeleken met de SF-36 (deze vragenlijst heeft acht schalen) en met de Hopkins Symptom Checklist (HSCL). De HSCL is een lijst met 57 items. De convergente validiteit was gemiddeld tot goed, wat een duidelijke relatie laat zien tussen vergelijkbare schalen.

Uit dit onderzoek bleek dat de TAAQOL zeer goed bevonden werd voor het vergelijken van groepsgemiddelden, maar wanneer individuele scores van belang zijn kan de TAAQOL niet betrouwbaar gebruikt worden; bijvoorbeeld voor het gebruik van klinische diagnoses. In dit onderzoek komt het stellen van diagnoses niet aan de orde.
De constructvaliditeit van de TAAQOL is goed bevonden (Bruil, Fekkes, Vogels, & Verrips, 2004). Ook in een onderzoek van Hoedt et al en Hatzmann et al wordt genoemd dat de validiteit en betrouwbaarheid van de TAAQOL bevredigend zijn (Hoedt, et al., 2011) (Hatzmann, Valstar, Bosch, Wijburg, Heymans, & Grootenhuis, 2009).

4.4.6. VERANTWOORDING KEUZE TNO VRAGENLIJSTEN (TACQOL, TAPQOL, TAAQOL)

Binnen dit onderzoek is er gekozen voor een selectie van vragenlijsten van TNO. TNO heeft een aantal vragenlijsten ontwikkeld om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten van kinderen, jongeren en (jong)volwassenen. De vragenlijsten zijn primair bedoeld voor onderzoek op groepsniveau, zoals klinische studies en evaluatieonderzoek. De vragenlijsten die in dit onderzoek gebruikt worden zijn: TAPQOL (TNO-AZL Preschool Children's Quality of Life questionnaire), TACQOL (TNO-AZL Child Quality Of Life) en TAAQOL (TNO-AZL Questionnaire for Adult's Health-Related Quality of Life).

Er is gekozen voor een reeks vragenlijsten van TNO. TNO staat voor Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. Er is voor de TAPQOL, TAQCOL en TAAQOL gekozen. Deze vragenlijsten werden voldoende valide en betrouwbaar bevonden in verschillende wetenschappelijke onderzoeken (Bunge, Essink-Bot, Kobussen, Suijlekom-Smit, Moll, & Raat, 2005) (Fekkes, Bruil, & Vogels, 2004) (Verrips G. , et al., 1999) (Kroon & Hodiamont, 2008) (Bruil, Fekkes, Vogels, & Verrips, 2004).
De vragenlijsten zijn niet alleen gebaseerd op literatuuronderzoek, maar ook op meningen van experts, ouders van jonge kinderen en statistische tests (Vogels, Theunissen, Verrips, Koopman, & Verloove-Vanhorick, 1996) (Verrips G. , Vogels, Verloove-Vanhorick, Fekkes, Koopman, & Kamphuis, 1998). Dit wordt als een waardevolle aanvulling gezien. Ook zijn de TNO vragenlijsten alomvattend, wat als een belangrijk punt wordt gezien. Een andere reden waarom er voor de TNO – vragenlijsten werd gekozen is de toegankelijkheid tot deze vragenlijsten.

Andere potentiële vragenlijsten waren niet vrij beschikbaar in het Nederlands. Tenslotte zijn de vragenlijsten vrij recent en zijn ze gemakkelijk in afname.

4.5. WERVING ONDERZOEKSPERSONEN

Naar aanleiding van het onderzoek is er via internet naar een cluster 2 – school gezocht in de provincies Limburg en Noord-Brabant. Eén cluster 2 – school was bereid om samen te werken en te functioneren als tussenschakel tussen de onderzoekers en de ouders. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de coördinator van deze school. Hierbij zijn afspraken gemaakt omtrent de benadering van ouders, het meegeven van informatiebrieven, het verzenden en anonimiseren van de vragenlijsten etc. Alvorens aan het onderzoek begonnen kon worden, werd er via school een informatiebrief met onderaan de brief een toestemmingsstrookje aan de ouders meegegeven. In deze brief werd vermeld door wie het onderzoek werd uitgevoerd, wat het doel en de inhoud van het onderzoek was en wat de verwachtingen ten opzichte van de ouders waren. Aan de hand van deze brief konden de ouders aangeven of zij en hun kind wilden deelnemen aan het onderzoek.

4.6. VRAGENLIJSTEN

Nadat de ouders toestemming hadden verleend, hebben zij de TNO – vragenlijsten ontvangen. Deze vragenlijsten gaven de benodigde informatie om een start te kunnen maken met de data-analyse. Vervolgens vond, zoals reeds aangegeven in de eerste informatiebrief, vijf maanden later de tweede meting plaats met dezelfde vragenlijsten. Ouders werden, na vier maanden, aan de hand van een herinneringsbrief opnieuw gevraagd de vragenlijsten voor de tweede meting in te vullen. Aan de hand van deze resultaten werd nagegaan of er sprake was van een vooruitgang met betrekking tot de kwaliteit van leven na het volgen van vijf maanden cluster 2 – onderwijs.

5. DATAVERWERKING

5.1. PROCEDURE

Alvorens het onderzoek werd gestart, is er gekeken naar bestaande nationale en internationale literatuur omtrent het onderwerp. Aan de hand hiervan werd een vraagstelling geformuleerd. Vervolgens werd de onderzoeksgroep vastgesteld met de bijbehorende in- en exclusiecriteria. Verder is er gekeken hoe de doelgroep bereikt kon worden. Hiervoor zijn diverse scholen telefonisch en via mail benaderd. Eén cluster 2 – school was bereid om samen te werken. Hierna werd er een toestemmingsbrief via school aan de ouders meegegeven. Deze werd ingevuld en ondertekend ingeleverd. Aan de hand van de geboortedatums werden de onderzoekspersonen onderverdeeld in vier groepen. Deze zagen er als volgt uit: onderzoeksgroep 1: TAPQOL, onderzoeksgroep 2: TACQOL – kind, onderzoeksgroep 3: TACQOL – ouder, onderzoeksgroep 4: TAAQOL. Daarna hebben de ouders, die toestemming hebben verleend, via school de vragenlijsten ontvangen. Deze moesten zij twee keer invullen. De eerste meting vond plaats in oktober 2012 en de tweede meting vond plaats in maart 2013. Het hierbij passende onderzoeksdesign is een within-subjects design omdat alle onderzoekspersonen aan beide metingen hebben deelgenomen. De dataverzameling werd als volgt verwerkt: de toestemmingsformulieren/vragenlijsten werden per mail/post aangeleverd waarna de school deze aan de ouders heeft meegegeven. Zodra de toestemmingsformulieren en vragenlijsten ingevuld waren, werden deze weer in een gesloten envelop geretourneerd aan de leerkracht. Deze enveloppen zijn persoonlijk opgehaald bij de school.

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van SPSS, versie 19, door middel van de Wilcoxon signed-rank test. De Wilcoxon signed-rank test wordt gebruikt in situaties waarin twee scorereeksen worden vergeleken, waarbij deze afkomstig zijn van dezelfde onderzoekspersonen. Dit geldt ook voor de t-toets. Voorwaarde voor het gebruik van de t-toets is dat er sprake is van een normaal verdeling, een voldoende grote onderzoeksgroep en een meetniveau van minstens intervalniveau. In deze studie is er echter sprake van een te kleine onderzoeksgroep. Tevens zijn de verkregen gegevens op ordinaal niveau waardoor er geen gebruik gemaakt kan worden van de t-toets. Daarom is er binnen dit onderzoek voor de Wilcoxon signed-rank test gekozen. Vanuit deze gegevens zullen conclusies en aanbevelingen beschreven worden.

6. RESULTATEN

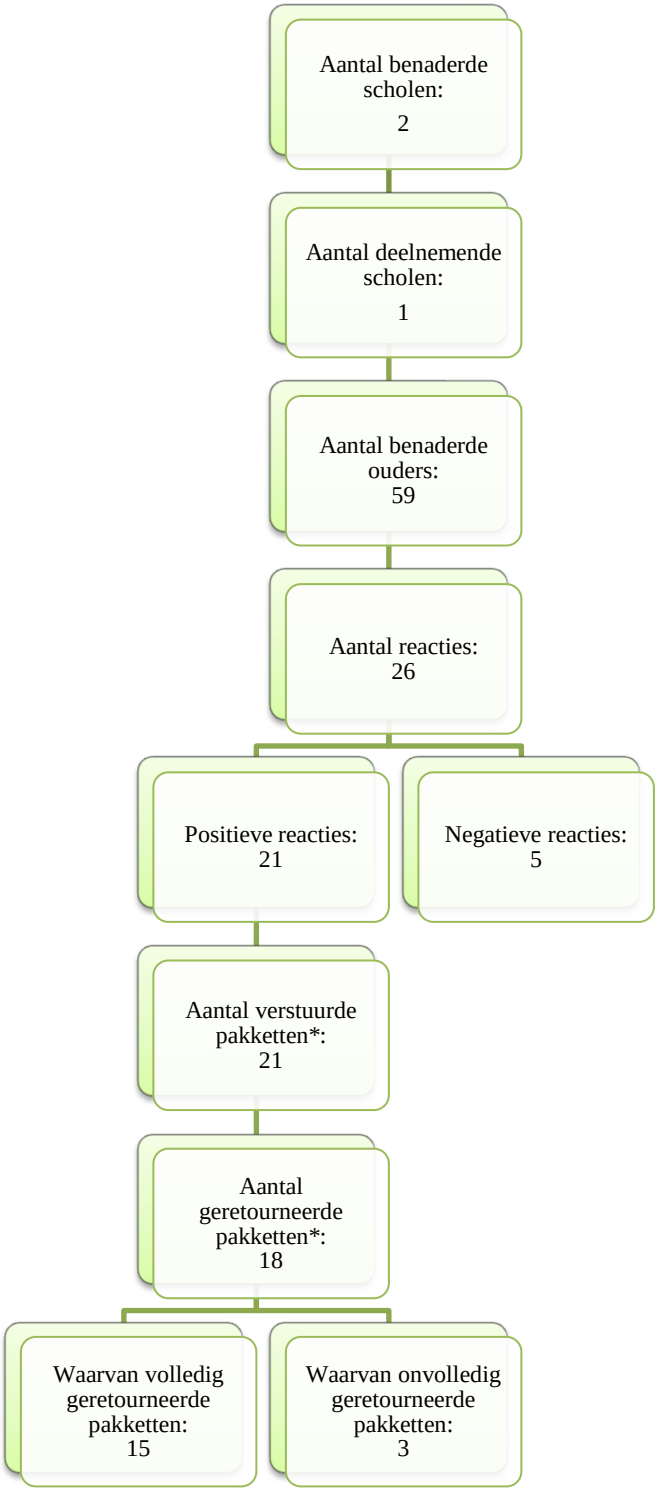
Binnen dit hoofdstuk zal het verloop van het onderzoek beschreven worden, van zowel de eerste als de tweede meting. Vervolgens zal er ingegaan worden op de categorisatie per vragenlijst. Tot slot komen de resultaten en de interpretaties per onderzoeksgroep aan bod.

6.1. EERSTE METING

Voordat het onderzoek gestart kon worden, werden twee cluster 2 – scholen benaderd, waarvan één goedkeuring gaf tot deelname aan het onderzoek. De deelnemende onderwijsinstelling had een lijst beschikbaar gesteld waarop aangegeven stond welke kinderen nieuw binnen gestroomd waren of welke pas sinds drie maanden cluster 2 – onderwijs genoten hadden. In totaal kwamen 59 kinderen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Vervolgens werden de toestemmingsformulieren, via de leerkracht aan de ouders van de kinderen die voldeden aan de inclusiecriteria, uitgedeeld.

In totaal werden er 26 reacties ontvangen, waarvan 21 positieve reacties en vijf negatieve reacties. Aan de hand van deze reacties werden er 21 pakketten met daarin de voor het kind en ouder toepasselijke vragenlijst(en) naar de onderwijsinstelling verstuurd. De pakketten werden wederom via de leerkracht uitgedeeld aan de ouders. Ouders kregen twee weken de tijd om de vragenlijsten in te vullen en de envelop gesloten te retourneren aan de leerkracht. Na twee weken waren echter nog niet alle vragenlijsten geretourneerd, waarna er een herinneringsbrief aan de coördinator van de onderwijsinstelling werd gemaild. De coördinator heeft de herinneringsbrieven aan de leerkrachten uitgedeeld. De leerkrachten hebben de herinneringsbrieven aan de ouders uitgedeeld met de vraag om de alsnog ontbrekende vragenlijsten zo spoedig mogelijk te retourneren. Uiteindelijk werden er in totaal achttien pakketten geretourneerd. Daarvan waren vijftien volledig ingevuld. Dit betekent dat zowel de vragenlijst voor kinderen als de vragenlijst voor ouders werd ingevuld. Drie pakketten waren onvolledig. Drie ouders gaven aan de vragenlijst voor ouders niet ingevuld te hebben. Eén daarvan gaf aan dat zij de vragenlijst voor ouders te persoonlijk vond. De andere twee hebben geen reden aangegeven voor het niet invullen van de vragenlijst. In tabel 6.1. wordt een overzicht gegeven van het bovenstaande verloop.

Tabel 6.1.: Overzicht verloop eerste meting



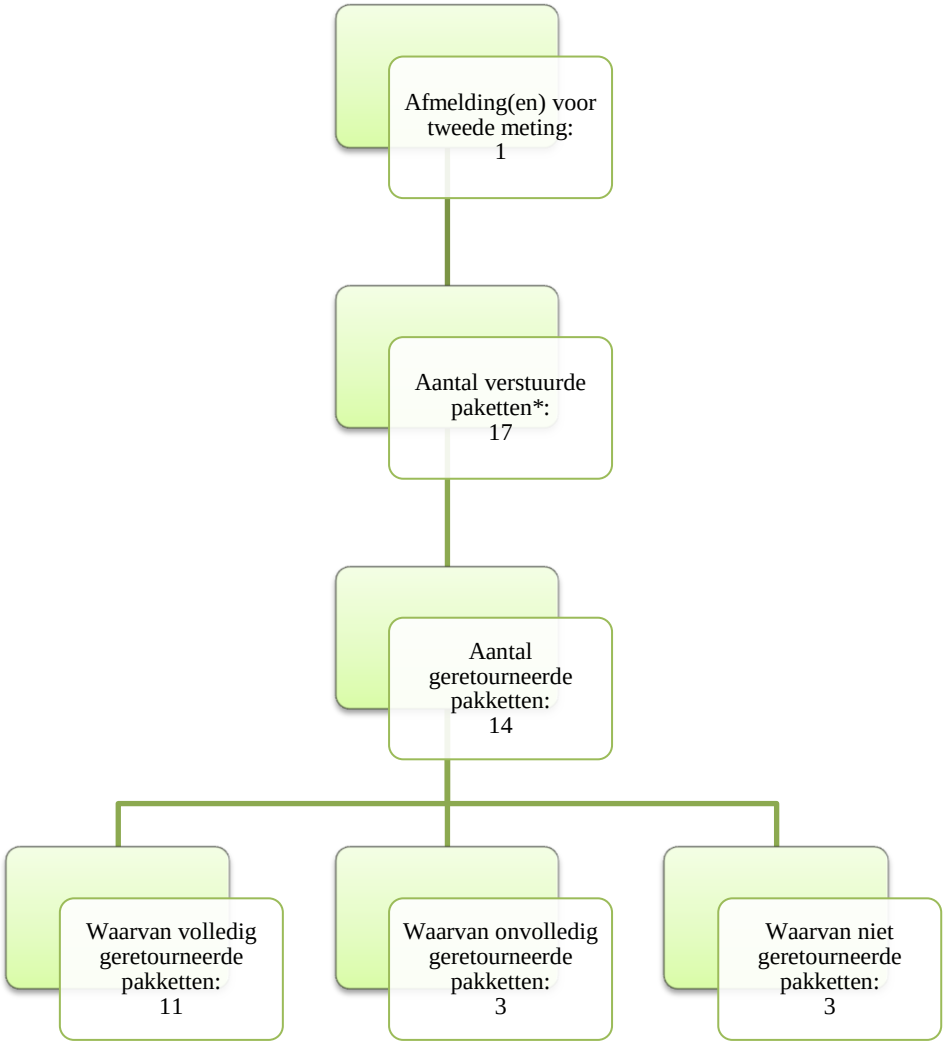
* Onder de term ‘pakketten’ worden de verstuurde enveloppen met daarin de betreffende vragenlijsten verstaan.

6.2. TWEEDE METING

Alvorens de tweede meting plaatsvond, werd één onderzoekspersoon afgemeld voor de deelname aan de tweede meting. Na deze afmelding kwamen er nog zeventien deelnemers in aanmerking voor het onderzoek.

Eind februari werden de zeventien pakketten met daarin de voor het kind en ouder toepasselijke vragenlijst(en) aan de onderwijsinstelling verstuurd. De pakketten werden via de leerkracht uitgedeeld aan de ouders. Ouders kregen drie weken de tijd om de vragenlijst(en) in te vullen en te retourneren aan de leerkracht. Na drie weken waren echter nog niet alle vragenlijsten geretourneerd, waarna er een herinneringsbrief aan de coördinator van de onderwijsinstelling werd gemaild. De coördinator heeft de herinneringsbrieven aan de leerkrachten uitgedeeld. De leerkrachten hebben de herinneringsbrieven aan de ouders uitgedeeld met de vraag om de alsnog ontbrekende vragenlijsten zo spoedig mogelijk te retourneren. Uiteindelijk werden er in totaal veertien pakketten geretourneerd. Drie pakketten waren onvolledig geretourneerd, hierin ontbraken vragenlijsten voor de ouders zelf (TAAQOL). Tevens hebben twee onderzoekspersonen de vragenlijst niet meer ingeleverd. De reden hiervoor is niet bekend. Deze onderzoekspersonen worden vernoemd onder de ‘niet geretourneerde pakketten’ (zie tabel 6.2.).

Tabel 6.2.: Overzicht verloop tweede meting



* Onder de term ‘pakketten’ worden de verstuurde enveloppen met daarin de betreffende vragenlijsten verstaan.

6.3. CATEGORISATIE VRAGENLIJSTEN

Bovenstaand werd de procedure besproken van de eerste en tweede meting. Vervolgens zal het verloop van de vragenlijsten per leeftijdscategorie verder toegelicht worden. Aan de hand van de vragenlijsten werden de onderzoekspersonen in vier leeftijdsgroepen gecategoriseerd.

De TAPQOL is geschikt voor de ouders/verzorgers van 1 tot en met 5 jarige kinderen. Binnen deze leeftijdscategorie kwamen vier kinderen in aanmerking. Voor de eerste meting (oktober 2012) werden daaropvolgend vier TAPQOL – vragenlijsten verstuurd, waarvan er drie werden geretourneerd. In verband met één afmelding in februari 2013 werden er voor de tweede meting (maart 2013) twee TAPQOL – vragenlijsten verstuurd. Deze werden beide geretourneerd en uiteindelijk meegenomen in de data-analyse.
De TACQOL bestaat uit twee varianten, de vragenlijst voor kinderen zelf (TACQOL – kind) en de vragenlijst die door ouders wordt ingevuld over het kind (TACQOL – ouders).
De TACQOL vragenlijst voor kinderen is geschikt voor kinderen van 8 tot en met 15 jaar. Binnen deze leeftijdscategorie kwamen zes kinderen in aanmerking. Voor de eerste meting (oktober 2012) werden daaropvolgend zes TACQOL – kindervragenlijsten verstuurd, waarvan er vijf werden geretourneerd. Voor de tweede meting (maart 2013) werden er vijf TACQOL – kindervragenlijsten verstuurd. Deze werden alle geretourneerd.

De TACQOL vragenlijst voor ouders/verzorgers is geschikt voor ouders/verzorgers van kinderen van 6 tot en met 15 jaar. Binnen deze leeftijdscategorie kwamen zeventien ouders/verzorgers in aanmerking. Voor de eerste meting (oktober 2012) werden daaropvolgend zeventien TACQOL – oudervragenlijsten verstuurd, waarvan er vijftien werden geretourneerd. Voor de tweede meting (maart 2013) werden er vijftien TACQOL – oudervragenlijsten verstuurd, waarvan er twaalf werden geretourneerd.
De TAAQOL is geschikt voor personen van 16 jaar en ouder en werd ingevuld door de ouders/verzorgers. Deze werd ingezet om de kwaliteit van leven van de ouders/verzorgers zelf in kaart te brengen. Binnen deze leeftijdscategorie kwamen 21 ouders/verzorgers in aanmerking. Voor de eerste meting (oktober 2012) werden daaropvolgend 21 TAAQOL – vragenlijsten verstuurd, waarvan er acht werden geretourneerd. Voor de tweede meting (maart 2013) werden er acht TAAQOL – vragenlijsten verstuurd, waarvan er vijf werden geretourneerd.
In tabel 6.3. wordt een overzicht gegeven van de bovenstaande gegevens**.**

Tabel 6.3.: Overzicht categorisatie vragenlijsten

Vragenlijst	Leeftijd	Aantal onderzoeks-personen	Aantal verstuurde vragenlijsten 1e meting (oktober)	Aantal ingeleverde vragenlijsten na 1e meting (november)	Aantal verstuurde vragenlijsten 2e meting (maart)	Aantal ingeleverde vragenlijsten na 2e meting (maart/april)
TAPQOL	Voor de ouders/verzor-gers van 1 tot en met 5 jarige kinderen	4	4	3	2	2
TACQOL – kindervragen-lijst	Voor kinderen van 8 tot en met 15 jaar	6	6	5	5	5
TACQOL – oudervragen-lijst	Voor de ouders/verzor-gers van kinderen van 6 tot en met 15 jaar	17	17	15	15	12
TAAQOL	Voor personen van 16 jaar en ouder	21	21	8	8	5

6.4. RESULTATEN EN INTERPRETATIES

6.4.1. RESULTATEN TAPQOL

Zoals reeds beschreven in paragraaf 6.3. (Categorisatie vragenlijsten), waren er uiteindelijk maar twee onderzoekspersonen die in aanmerking kwamen voor de TAPQOL onderzoeksgroep. De gegevens verkregen uit de vragenlijsten werden met behulp van SPSS, versie 19, verwerkt en geanalyseerd. De vragenlijst bestaat uit hoofdvragen, subvragen en enkele open vragen (zie bijlage 7). Om de algemene kwaliteit van leven van de onderzoekspersonen te analyseren werd aan de hand van de hoofdvragen een somscore voor de hele vragenlijst berekend. Dit werd zowel voor de voormeting als de nameting gedaan, om zo een vergelijking te kunnen maken.

Resultaten

De minimaal te behalen somscore op de totale vragenlijst is 43 en de maximaal te behalen somscore is 132. Een hogere somscore refereert aan een betere kwaliteit van leven. De gemiddelde behaalde somscore door de onderzoekspersonen bij de voormeting is 108.50 en bij de nameting 110.50.

Interpretaties

Aangezien de steekproefomvang bij TAPQOL maar uit twee onderzoekspersonen bestond, kon geen significantietoets uitgevoerd worden. Daarom is er alleen gekozen voor descriptieve statistiek. Als men kijkt naar tabel 6.4. geeft deze een overzicht weer van de algemene kwaliteit van leven per onderzoeksgroep. De algemene kwaliteit van leven laat een geringe vooruitgang zien. Daarnaast is er ook gekeken naar de twaalf domeinen binnen de TAPQOL (zie tabel 6.5.). Uit het eerste domein “maag- darmklachten” kan geconcludeerd dat er bij beide onderzoekspersonen sprake is van een vooruitgang. Bij het tweede domein “huidproblemen” blijkt er maar een minuscule vooruitgang te zijn. Dit geldt ook voor het derde domein “longproblemen”. Het vierde domein “slaapproblemen” laat een minuscule achteruitgang zien bij de onderzoekspersonen. “Eetgedrag”, het vijfde domein, is bij beide onderzoekspersonen niet veranderd. Uit het zesde domein “gedragsproblemen” blijkt er een minimale achteruitgang te zijn. Het zevende domein “stemming” is niet veranderd. Bij het achtste domein “angsten” is er sprake van een minuscule achteruitgang. Het negende domein “levenslust” laat een lichte

vooruitgang zien. Het tiende domein “sociaal functioneren” is constant gebleven. Uit het elfde domein “motoriek” blijkt een lichte achteruitgang. Tot slot het laatste en twaalfde domein “communicatie” is niet veranderd.

Tabel 6.4.: Descriptieve statistiek TAPQOL: resultaten voor- en nameting

TAPQOL hoofdvragen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**
Somscore hoofdvragen voormeting	2	108.50 (4.95)	105.00 (43)	112.00 (132)
Somscore hoofdvragen nameting	2	110.50 (2.12)	109.00 (43)	112.00 (132)

Tabel 6.5.: Descriptieve statistiek TAPQOL domeinen: resultaten voor- en nameting

TAPQOL Domeinen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**
1) **Maag-darmklachten**				
Voormeting	2	6.50 (0.71)	6.00 (3)	7.00 (9)
Nameting	2	8.50 (0.71)	8.00 (3)	9.00 (9)
2) **Huidproblemen**				
Voormeting	2	6.50 (2.12)	5.00 (3)	8.00 (9)
Nameting	2	7.00 (1.41)	6.00 (3)	8.00 (9)
3) **Longproblemen**				
Voormeting	2	8.00 (1.41)	7.00 (3)	9.00 (9)
Nameting	2	8.50 (0.71)	8.00 (3)	9.00 (9)
4) **Slaapproblemen**				
Voormeting	2	11.00 (1.41)	10.00 (4)	12.00 (12)
Nameting	2	10.50 (2.12)	9.00 (4)	12.00 (12)
5) **Eetgedrag**				
Voormeting	2	6.00 (0.00)	6.00 (3)	6.00 (9)
Nameting	2	6.00 (0.00)	6.00 (3)	6.00 (9)
6) **Gedragsproblemen**				
Voormeting	2	17.00 (2.82)	15.00 (7)	19.00 (21)

Nameting	2	16.00 (1.41)	15.00 (7)	17.00 (21)
7) **Stemming**				
Voormeting	2	9.00 (0.00)	9.00 (3)	9.00 (9)
Nameting	2	9.00 (0.00)	9.00 (3)	9.00 (9)
8) **Angsten**				
Voormeting	2	7.00 (1.41)	6.00 (3)	8.00 (9)
Nameting	2	6.50 (0.71)	6.00 (3)	7.00 (9)
9) **Levenslust**				
Voormeting	2	7.50 (2.12)	6.00 (3)	9.00 (9)
Nameting	2	9.00 (0.00)	9.00 (3)	9.00 (9)
10) **Sociaal functioneren**				
Voormeting	2	7.50 (2.12)	6.00 (3)	9.00 (9)
Nameting	2	7.50 (2.12)	6.00 (3)	9.00 (9)
11) **Motoriek**				
Voormeting	2	16.00 (0.00)	16.00 (4)	16.00 (16)
Nameting	2	15.50 (0.71)	15.00 (4)	16.00 (16)
12) **Communicatie**				
Voormeting	2	6.50 (2.12)	5.00 (4)	8.00 (16)
Nameting	2	6.50 (2.12)	5.00 (4)	8.00 (16)

6.4.2. RESULTATEN TACQOL – KIND

De TACQOL kindervragenlijst bevatte een onderzoeksgroep van vijf onderzoekspersonen. De verkregen gegevens uit de vragenlijst werden verwerkt aan de hand van SPSS versie 19. Evenals de TAPQOL bevat de TACQOL kindervragenlijst hoofdvragen, subvragen en enkele open vragen. De algemene kwaliteit van leven werd wederom berekend aan de hand van een somscore van de hoofdvragen van de hele vragenlijst. Dit werd zowel voor de voormeting als de nameting gedaan, om zo een vergelijking te kunnen maken. De steekproefomvang was hier voldoende groot om een significantietoets middels de Wilcoxon signed-rank test uit te voeren.

Resultaten

De minimaal te behalen somscore op de totale vragenlijst is 57 en de maximaal te behalen somscore is 171. Een hogere somscore refereert aan een betere kwaliteit van leven. De gemiddelde behaalde somscore door de onderzoekspersonen bij de voormeting is 143.40 en bij de nameting 151.80.

Interpretaties

Tabel 6.6. laat op het gebied van de algemene kwaliteit van leven een vooruitgang zien. Er is echter geen sprake van een significante vooruitgang (0.104).

De zeven domeinen werden ook met behulp van de Wilcoxon signed-rank test op significantie getoetst (zie tabel 6.7.). Er blijkt bij twee domeinen sprake te zijn van significantie. Bij de domeinen “sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten” (0.038) en “voorkomen van negatieve stemming” (0.039) is er sprake van een significante vooruitgang. Kinderen blijken minder negatieve stemmingen te hebben dan voorheen. Het eerste domein “lichaam/algemeen fysiek functioneren” laat een lichte vooruitgang zien en het derde domein “autonomie” laat een minuscule vooruitgang zien. Het zesde domein “voorkomen van positieve stemming” is constant gebleven. De overige twee domeinen laten een minimale achteruitgang zien.

Tabel 6.6.: Descriptieve statistiek TACQOL kind: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

TACQOL hoofdvragen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantieniveau
Somscore hoofdvragen voormeting	5	143.40 (6.88)	133.00 (57)	149.00 (171)	0.104
Somscore hoofdvragen nameting	5	151.80 (5.93)	142.00 (57)	157.00 (171)	

Tabel 6.7.: Descriptieve statistiek TACQOL domeinen kind: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

TACQOL kind Domeinen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantieniveau
1) Lichaam/algemeen fysiek functioneren					
Voormeting	5	25.40 (1.95)	22.00 (9)	27.00 (27)	0.461
Nameting	5	26.20 (0.84)	25.00 (9)	27.00 (27)	
2) Motoriek/bewegen					
Voormeting	5	22.20 (1.10)	21.00 (8)	24.00 (24)	0.785
Nameting	5	21.80 (2.49)	18.00 (8)	24.00 (24)	
3) Autonomie					
Voormeting	5	22.40 (3.05)	17.00 (8)	24.00 (24)	0.157
Nameting	5	22.80 (2.68)	18.00 (8)	24.00 (24)	
4) Cognitief functioneren/schoolprestaties					
Voormeting	5	18.60 (3.51)	15.00 (8)	24.00 (24)	0.785
Nameting	5	18.00 (3.54)	13.00 (8)	22.00 (24)	
5) Sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten					
Voormeting	5	19.00 (1.73)	16.00 (8)	20.00 (24)	*0.038
Nameting	5	21.20 (1.10)	20.00 (8)	23.00 (24)	
6) Voorkomen van positieve stemming					
Voormeting	5	21.20 (3.11)	16.00 (8)	24.00 (24)	1.000

Nameting	5	21.20 (3.11)	16.00 (8)	24.00 (24)	
7) Voorkomen van negatieve stemming					
Voormeting	5	17.00 (2.65)	14.00 (8)	21.00 (24)	*0.039
Nameting	5	21.60 (1.95)	18.00 (8)	23.00 (24)	

* Resultaat is significant met een alfa gelijk aan of lager dan .05

6.4.3. RESULTATEN TACQOL – OUDER

De TACQOL oudervragenlijst bevatte een onderzoeksgroep van negen onderzoekspersonen. Evenals de TACQOL kindervragenlijst bevat deze vragenlijst hoofdvragen, subvragen en enkele open vragen. De algemene kwaliteit van leven werd wederom berekend aan de hand van een somscore van de hoofdvragen van de hele vragenlijst. Dit werd zowel voor de voormeting als de nameting gedaan, om zo een vergelijking te kunnen maken. De verkregen gegevens uit de vragenlijst werden verwerkt aan de hand van SPSS versie 19. De steekproefomvang was ook hier voldoende groot om een significantietoets middels de Wilcoxon signed-rank test uit te voeren.

Resultaten

De minimaal te behalen somscore op de totale vragenlijst is 57 en de maximaal te behalen somscore is 171. Een hogere somscore refereert aan een betere kwaliteit van leven. De gemiddelde behaalde somscore door de onderzoekspersonen bij de voormeting is 136.33 en bij de nameting 147.33.

Interpretaties

Uit tabel 6.8. is af te leiden dat de algemene kwaliteit van leven significant vooruit is gegaan (0.025).

De zeven domeinen werden ook met behulp van de Wilcoxon signed-rank test op significantie getoetst (zie tabel 6.9.). Ook binnen het domein “voorkomen positieve stemming” was er sprake van een significante vooruitgang (0.026). Kinderen blijken minder negatieve stemmingen te hebben ten opzichte van vijf maanden geleden. De overige domeinen laten geen significant verschil zien. De domeinen “cognitief functioneren/schoolprestaties” en “voorkomen negatieve stemming” laten een lichte, maar geen significante, vooruitgang zien.

Tabel 6.8.: Descriptieve statistiek TACQOL ouder: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantieniveau
Somscore hoofdvragen Voormeting	9	136.33 (7.84)	126 (57)	144 (171)	*0.025
Somscore hoofdvragen nameting	9	147.33 (10.14)	125 (57)	157 (171)	

* Resultaat is significant met een alfa gelijk aan of lager dan .05

Tabel 6.9.: Descriptieve statistiek TACQOL domeinen ouder: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

Domein TACQOL ouders	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantieniveau
1) Lichaam/algemeen fysiek functioneren					
Voormeting	9	24.33 (2.29)	20.00 (9)	27.00 (27)	0.655
Nameting	9	24.22 (2.11)	21.00 (9)	27.00 (27)	
2) Motoriek/bewegen					
Voormeting	9	23.00 (1.32)	21.00 (8)	24.00 (24)	0.317
Nameting	9	22.67 (1.66)	20.00 (8)	24.00 (24)	
3) Autonomie					
Voormeting	9	21.33 (2.12)	17.00 (8)	24.00 (24)	0.705
Nameting	9	21.00 (2.50)	17.00 (8)	24.00 (24)	
4) Cognitief functioneren/ schoolprestaties					
Voormeting	9	15.67 (4.06)	9.00 (8)	22.00 (24)	0.481
Nameting	9	16.22 (4.84)	11.00 (8)	23.00 (24)	
5) Sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten					
Voormeting	9	20.89 (2.09)	18.00 (8)	24.00 (24)	1.000
Nameting	9	20.89 (2.09)	18.00 (8)	24.00 (24)	
6) Voorkomen van positieve stemming					

Voormeting	9	21.22 (1.92)	17.00 (8)	23.00 (24)	*0.026
Nameting	9	22.78 (1.72)	20.00 (8)	24.00 (24)	
7) Voorkomen van negatieve stemming					
Voormeting	9	17.89 (3.10)	12.00 (8)	22.00 (24)	0.114
Nameting	9	19.67 (2.36)	16.00 (8)	23.00 (24)	

* Resultaat is significant met een alfa gelijk aan of lager dan .05

6.4.4. RESULTATEN TAAQOL

De onderzoeksgroep van TAAQOL bestond uit vijf onderzoekspersonen. De gegevens verkregen uit de vragenlijsten werden met behulp van SPSS, versie 19, verwerkt en geanalyseerd. De vragenlijst bestaat uit hoofdvragen en subvragen. Om de algemene kwaliteit van leven van de onderzoekspersonen te analyseren werd aan de hand van de hoofdvragen een somscore voor de hele vragenlijst berekend. Dit werd zowel voor de voormeting als de nameting gedaan, om zo een vergelijking te kunnen maken. Daar de onderzoeksomvang voldoende groot was om een significantie aan te tonen, werd er een significantietoets Wilcoxon signed-rank test uitgevoerd.

Resultaten

De minimaal te behalen somscore op de totale vragenlijst is 45 en de maximaal te behalen somscore is 180. Een hogere somscore refereert aan een betere kwaliteit van leven. De gemiddelde behaalde somscore door de onderzoekspersonen bij de voormeting is 158.80 en bij de nameting 156.00.

Interpretaties

De algemene kwaliteit van leven laat een lichte achteruitgang zien, echter is deze niet significant gebleken (0.279) (zie tabel 6.10.).

Met behulp van de Wilcoxon signed-rank test werden ook de twaalf domeinen binnen de TAAQOL op significantie getoetst (zie tabel 6.11.). Uit de analyse is gebleken dat er alleen bij het domein “cognitie” sprake is van een significant verschil (0.025). Ouders laten hierbij een achteruitgang zien. Uit de domeinen “sociale contacten”, “vitaliteit” en “gelukzaligheid” blijkt een minuscule vooruitgang. De overige domeinen laten een geringe achteruitgang zien.

Tabel 6.10.: Descriptieve statistiek TAAQOL: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

TAAQOL hoofdvragen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantie
Somscore hoofdvragen Voormeting	5	158.80 (6.98)	149.00 (45)	168.00 (180)	0.279
Somscore hoofdvragen nameting	5	156.00 (9.00)	143.00 (45)	165.00 (180)	

Tabel 6.11.: Descriptieve statistiek TAAQOL domeinen: resultaten voor- en nameting en Wilcoxon toets

TAAQOL Domeinen	N	Gemiddelde **(SD)**	Somscore minimum **(te behalen minimum somscore)**	Somscore maximum **(te behalen maximum somscore)**	Significantie
1) **Functioneren van de grove motoriek**					
Voormeting	5	15.40 (0.89)	14.00 (4)	16.00 (16)	0.180
Nameting	5	14.80 (0.84)	14.00 (4)	16.00 (16)	
2) **Functioneren van de fijne motoriek**					
Voormeting	5	15.20 (1.79)	12.00 (4)	16.00 (16)	0.317
Nameting	5	14.80 (2.68)	10.00 (4)	16.00 (16)	
3) **Cognitie**					
Voormeting	5	15.40 (0.55)	15.00 (4)	16.00 (16)	*0.025
Nameting	5	14.40 (0.55)	14.00 (4)	15.00 (16)	
4) **Slaap**					
Voormeting	5	14.60 (1.67)	12.00 (4)	16.00 (16)	0.194
Nameting	5	13.80 (1.30)	13.00 (4)	16.00 (16)	
5) **Pijn**					
Voormeting	5	12.80 (2.49)	9.00 (4)	16.00 (16)	0.785
Nameting	5	13.00 (2.55)	10.00 (4)	16.00 (16)	
6) **Sociale contacten**					
Voormeting	5	14.20 (2.49)	10.00 (4)	16.00 (16)	0.655

Nameting	5	14.60 (1.34)	13.00 (4)	16.00 (16)	
7) **Dagelijkse activiteiten**					
Voormeting	5	15.20 (0.84)	14.00 (4)	16.00 (16)	0.257
Nameting	5	14.40 (1.14)	13.00 (4)	16.00 (16)	
8) **Seks**					
Voormeting	5	8.00 (0.00)	8.00 (2)	8.00 (8)	0.180
Nameting	5	7.00 (1.73)	4.00 (2)	8.00 (8)	
9) **Vitaliteit**					
Voormeting	5	11.40 (1.95)	8.00 (4)	13.00 (8)	0.593
Nameting	5	11.80 (1.64)	9.00 (4)	13.00 (8)	
10) **Gelukzaligheid**					
Voormeting	5	12.40 (0.89)	12.00 (4)	14.00 (8)	0.357
Nameting	5	13.20 (1.30)	12.00 (4)	15.00 (8)	
11) **Depressieve stemming**					
Voormeting	5	13.60 (1.67)	11.00 (4)	15.00 (8)	0.655
Nameting	5	13.40 (2.19)	11.00 (4)	15.00 (8)	
12) **Woede**					
Voormeting	5	10.60 (1.34)	9.00 (3)	12.00 (8)	0.317
Nameting	5	10.80 (1.30)	9.00 (3)	12.00 (8)	

* Resultaat is significant met een alfa gelijk aan of lager dan .05

6.5. RESULTATEN BESCHRIJVEND

Zoals eerder beschreven bestond de TACQOL kinder- en oudervragenlijst naast gesloten vragen ook uit een aantal open vragen. De open vragen hadden betrekking op de gesloten vragen en gaven een toelichting op de voorafgestelde gesloten vragen. Zo kreeg iedere onderzoekspersoon na een bepaald aantal vragen, die samen een domein vormden, de mogelijkheid om zijn/haar antwoorden toe te lichten. Een aantal opvallende reacties uit de eerste meting worden hieronder geciteerd.

Waardoor kwamen de problemen/ dingen waarmee uw kind moeite had (cognitie)? (vraag 37)
"We denken dat dit een gevolg is van niet begrepen worden op het reguliere onderwijs. Als hij niet snel genoeg begrepen wordt als hij niet uit zijn woorden komt = onbegrip en heeft als gevolg dat mijn kind zegt 'ik ben dom' of 'ik ben stom'."

Waardoor gingen er bepaalde dingen in de omgang met andere kinderen en de ouder zelf niet altijd goed? (vraag 46)
"Er is niet veel veranderd in de afgelopen tijd."
"Mijn kind kwam op een nieuwe school en een hele nieuwe omgeving, hij moest hier erg aan wennen ."

Waardoor kwam het dat uw kind zich in de afgelopen periode niet altijd prettig voelde? (vraag 63)
"Mijn kind is pas begonnen op een nieuwe school en het duurt een tijdje voordat hij gewend is."
"Mijn kind heeft nog nooit zo goed in zijn vel gezeten als nu! Hij was voorheen vaak bezorgd en verdrietig. Dit was hij ook als er niets vervelends gebeurd was."

Hoe kan mijn gevoel van de afgelopen weken verklaard worden? (vraag 63)
"Ik kwam op een nieuwe school en een hele nieuwe omgeving, ik moest hier erg aan wennen."
"Ik miste mijn oude school en was erg onzeker of ik wel goed in de groep zou vallen en of ik het allemaal wel goed zou doen."

Verder schreef een ouder het volgende aan het eind van de vragenlijst:

"Ons kind zit veel beter in z'n vel nu hij naar cluster 2 gaat. Hij is meer ontspannen en heeft zin in school. In het weekend is er sprake van minder terugslag."

Hieronder worden enkele toelichtingen op de open vragen uit de tweede meting geciteerd.

Waardoor gingen er bepaalde dingen in de omgang met andere kinderen en de ouder zelf niet altijd goed? (vraag 46)
"Elk kind is wel eens ongeduldig, onrustig of opstandig, maar dat gedrag is nu minder dan voorheen!"

Waardoor kwam het dat uw kind zich in de afgelopen periode niet altijd prettig voelde? (vraag 63)
"Dit is een wereld van verschil met voorheen!! Hij kan er niet tegen als iets niet lukt of niet op zijn manier gaat."

De open vragen werden niet meegenomen in de analyse van het onderzoek. Daar de antwoorden echter belangrijke informatie verschaften, volgt in bijlage 11 een volledig overzicht van de reacties op de open vragen.

7. INTERPRETATIES, CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Binnen dit hoofdstuk wordt er allereerst een interpretatie van de onderzoeksresultaten gegeven. Daaruit voortvloeiend volgt een conclusie waarin er nog eens terug geblikt wordt op de vraagstellingen en hypotheses. Vervolgens wordt er in de discussie ingegaan op methodologische tekortkomingen, resultaten uit eerder onderzoek en verdere implicaties. Tot slot worden er aanbevelingen gegeven voor eventueel vervolgonderzoek.

7.1. INTERPRETATIES RESULTATEN ONDERZOEKSGROEPEN

Onderzoeksgroep 1 (TAPQOL, voor kinderen van 1 t/m 5 jaar) bestond maar uit twee onderzoekspersonen waardoor er geen significantietoets kon worden uitgevoerd. Er waren echter wel een aantal kleine verschillen te zien. De domeinen “maag- darmklachten”, “huidproblemen”, “longproblemen” en “levenslust” laten een minimale tot lichte vooruitgang zien. De domeinen “slaapproblemen”, “gedragsproblemen”, “angsten” en “motoriek” laten daarentegen een minimale tot lichte achteruitgang zien. De overige domeinen “eetgedrag”, “stemming”, “sociaal functioneren” en “communicatie” zijn niet veranderd.
Onderzoeksgroep 2 (TACQOL, voor kinderen van 8 t/m 15 jaar) liet geen significante verbetering zien betreffende de algemene kwaliteit van leven. Daarentegen werden bij twee van de zeven domeinen “sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten” en “voorkomen van negatieve stemming” wel een significante vooruitgang gemeten. De vooruitgang betreffende sociale contacten en negatieve stemmingen kunnen verklaard worden aan de hand van enkele toelichtingen die de onderzoekspersonen hebben gegeven. Zo gaf een kind bij de voormeting aan bang te zijn dat andere kinderen hem/haar niet lief zouden vinden. Een ander kind gaf aan erg te moeten wennen aan de nieuwe school en de nieuwe omgeving. Weer een ander kind miste zijn/haar oude school en was erg onzeker of hij/zij wel goed in de groep zou vallen en of hij/zij het allemaal wel goed zou doen (zie bijlage 11). Door het passende onderwijs dat de onderzoekspersonen hebben genoten, is wellicht de sociale drempel verlaagd om contact te leggen met leeftijdsgenootjes wat mogelijk een positieve invloed heeft op het voorkomen van negatieve stemmingen.

Onderzoeksgroep 3 (TACQOL, voor de ouders/verzorgers van kinderen van 6 t/m 15 jaar) liet wel een significante vooruitgang zien op het gebied van de algemene kwaliteit van leven. Ook was er binnen het domein "voorkomen positieve stemming" sprake van een significante vooruitgang. Dat er sprake is van een positieve vooruitgang op de algemene kwaliteit van leven komt ook naar voren uit een aantal toelichtingen die ouders gaven. Zo gaven ouders aan dat ze denken dat hun kind meer moeite had op cognitief gebied doordat het niet begrepen werd op het reguliere onderwijs. Een andere ouder gaf aan dat zijn/haar kind nog nooit zo goed in zijn vel had gezeten als nu. Voorheen was zijn/haar kind vaak bezorgd en verdrietig, ook als er niets vervelends was voorgevallen. Nog een ouder gaf aan dat het een wereld van verschil is met voorheen. Hieruit kan de toename in het voorkomen van positieve stemmingen verklaard worden (zie bijlage 11).

Onderzoeksgroep 4 (TAAQOL, voor personen van 16 jaar en ouder) laat geen significante vooruitgang zien met betrekking tot de algemene kwaliteit van leven. Het domein "cognitie" liet een significante verslechtering zien. Doordat er geen toelichtingen gegeven konden worden bij de gebruikte vragenlijst voor deze onderzoeksgroep, kunnen er geen concrete uitspraken worden gedaan over de oorzaak van de verslechtering bij het domein "cognitie". Een verklaring kan gezocht worden in onder andere medische, persoonlijke of externe factoren.

Tussen de onderzoeksgroepen TACQOL kind en TACQOL ouder was er een duidelijk verschil zichtbaar. Ouders gaven een significante verbetering weer van de kwaliteit van leven van hun kind terwijl bij de kinderen zelf geen significante verbetering gemeten is. Dit verschil kan op meerdere manieren verklaard worden. Allereerst beschikken kinderen over het algemeen over minder talige vaardigheden dan volwassenen, minder cognitieve vaardigheden om vragen te interpreteren en om op lange termijn terug te blikken op gebeurtenissen. Daarom is het van belang om naast de waarnemingen van het kind ook de waarnemingen van de ouder over het kind mee te nemen in het onderzoek (Theunissen, N.C.M. et al., 1998). Ten tweede blijken ouders vaak te weinig zicht te hebben op activiteiten en contacten van hun kinderen buitenshuis en gevoelens die kinderen niet uiten. Hierdoor kan er een verschil in waarneming ontstaan tussen ouder en kind (Jokovic, Locker, & Guyatt, 2004).

7.2. CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre cluster 2 – onderwijs invloed heeft op de kwaliteit van leven bij kinderen met ernstige spraak- en taalproblemen en hun ouders. Om dit te onderzoeken werden de volgende onderzoeksvragen opgesteld: "Verbetert cluster 2 – onderwijs de kwaliteit van leven van kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen?" En: "Verbetert cluster 2 – onderwijs de kwaliteit van leven van ouders met kinderen vanaf 4 jaar met ernstige spraak- en taalproblemen?" Op basis van deze vragen werden hypotheses geformuleerd. In de nulhypothese werd er van uitgegaan dat er geen sprake was van invloed op de verbetering van de kwaliteit van leven door cluster 2 – onderwijs bij zowel kinderen als ouders. In de alternatieve hypothese werd er van uitgegaan dat er wel sprake was van invloed op de verbetering van de kwaliteit van leven door cluster 2 – onderwijs bij zowel kinderen als ouders.

In het onderzoek werd er vanuit gegaan dat het volgen van cluster 2 – onderwijs een positieve invloed zou hebben op de kwaliteit van leven van kinderen en hun ouders. Er werd enkel bij de TACQOL, door ouders ingevuld over hun kind van 6 t/m 15 jaar, een significante verbetering van kwaliteit van leven gemeten. Ook het domein "voorkomen van positieve stemmingen" bleek significant te zijn binnen de onderzoeksgroep TACQOL – ouder. Ouders geven dus aan dat hun kind na het volgen van cluster 2 – onderwijs meer positieve gevoelens ervaren. Verder werden er bij andere onderzoeksgroepen enkel bij een aantal domeinen een significante verbetering gemeten. Zo werd er binnen de onderzoeksgroep TACQOL – kind een significante vooruitgang gemeten met betrekking tot de domeinen "sociale contacten met ouders en leeftijdsgenoten" en "voorkomen van negatieve stemming". Na het volgen van cluster 2 – onderwijs, en daarmee dus de extra begeleiding op het gebied van spraak- en taalproblemen, geven kinderen aan meer sociale contacten te hebben en minder negatieve stemmingen te ervaren.

Bij de TAAQOL onderzoeksgroep bleek er een significant verschil te zijn binnen het domein "cognitie". Ouders lieten hier een significante achteruitgang zien. Hier moet bij vermeld worden dat hier geen rekening gehouden is met eventuele beïnvloedende factoren zoals stress, werk, omgeving, etc.

Bij de onderzoeksgroep van de TAPQOL was het niet mogelijk een significantietoets uit te voeren daar de onderzoeksgroep te klein was. Er zijn echter wel een aantal lichte vooruitgangen

gemeten. Of deze vooruitgangen daadwerkelijk te danken zijn aan het cluster 2 – onderwijs is, door de te kleine onderzoeksgroep en daarmee het niet kunnen uitvoeren van de significantietoets, niet vast te stellen.
Gezien er maar bij één onderzoeksgroep een significante verbetering is gebleken kunnen de alternatieve hypotheses voor zowel kinderen als ouders niet geaccepteerd worden. De nulhypotheses blijven daarom gehandhaafd.
Desalniettemin zijn er ouders die in de open vragen hebben aangegeven dat ze een positieve invloed van het cluster 2 – onderwijs bij hun kind ervaren (zie bijlage 11).

7.3. DISCUSSIE

7.3.1. METHODOLOGISCHE TEKORTKOMINGEN

Het onderzoek bestond uit kleine onderzoeksgroepen. Gedurende het onderzoek hebben een aantal onderzoekspersonen besloten om niet meer deel te nemen aan het onderzoek. Eén onderzoekspersoon gaf aan de vragen te persoonlijk te vinden. Andere onderzoekspersonen hebben de vragenlijsten, wegens onbekende redenen, niet meer geretourneerd. Een eventuele verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ook andere ouders de vragenlijsten te persoonlijk vonden. Tevens kan de lengte van invloed zijn geweest op het al dan niet invullen van de vragenlijsten. Daarnaast kan ook het opleidingsniveau en/of beheersing van de Nederlandse taal een verklarende factor zijn. Ook werden er een aantal vragenlijsten niet volledig ingevuld. Door het relatief groot aantal vragen dat niet ingevuld werd, konden deze lijsten niet meegenomen worden in de data-analyse.

Om in een vervolgstudie een grotere onderzoeksgroep te werven en te behouden kan het persoonlijk benaderen van ouders hierop eventueel een positieve invloed hebben. Het benaderen van meerdere scholen is ook aan te raden voor het werven van een grotere onderzoeksgroep. In deze studie is hier echter niet voor gekozen wegens tijdsdruk en beperkte financiële middelen. Door een te kleine onderzoeksgroep is het niet mogelijk om de resultaten te generaliseren over de gehele Nederlandse populatie. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met eventuele medische, persoonlijke of externe factoren die de kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden. In een vervolgstudie is het aan te raden om meer informatie in te winnen over deze factoren zodat er een betrouwbaar en valide beeld geschetst kan worden over de algemene kwaliteit van leven.

7.3.2. VERGELIJKING MET RESULTATEN UIT EERDER ONDERZOEK

Uit het onderzoek van Thiesen (2006) is gebleken dat kinderen met spraak- en taalproblemen een lagere kwaliteit van leven ervaren ten opzichte van kinderen zonder deze problemen. Ook van Agt (2005) bevestigde dit in haar onderzoek. Hieruit bleek dat kinderen met spraak- en taalproblemen significant lager scoorden op de domeinen "sociaal functioneren" en "communicatie". Beide onderzoeken vergeleken de resultaten echter met een controlegroep waardoor men deze resultaten niet kan vergelijken met de bevindingen uit dit onderzoek waarin er gebruik werd gemaakt van een within-subjects design.
In dit onderzoek werd het effect van interventie, het cluster 2 – onderwijs, gemeten aan de hand van twee meetmomenten. Er werden geen eerdere studies gevonden waarbij het effect van cluster 2 – onderwijs op de kwaliteit van leven werd gemeten. Hierdoor is het niet mogelijk om een vergelijking te maken met eerder onderzoek.
Wel bleek uit het onderzoek van van Agt (2005) dat kinderen met spraak- en taalproblemen minder in staat zijn om met andere kinderen te spelen, voelen zij zich minder op hun gemak bij andere kinderen en voelen zij zich minder zeker van zichzelf bij andere kinderen. Deze bevindingen kwamen overeen met de toelichtingen, van zowel ouders als kinderen, die binnen dit onderzoek werden gegeven (zie bijlage 11).

7.4. AANBEVELINGEN

Voor een vervolgonderzoek kunnen de volgende acties ondernomen worden. Allereerst is het aan te raden om grotere onderzoeksgroepen te werven om garant te kunnen staan voor een betrouwbaar en generaliseerbaar onderzoek. Dit zou men kunnen doen door meer cluster 2 – scholen te benaderen en vervolgens ouders persoonlijk in te lichten over het onderzoek door middel van een informatieavond of dergelijke. Anderzijds werd er, ondanks de kleine onderzoeksgroepen in deze studie, bij één onderzoeksgroep toch een positieve invloed van het cluster 2 – onderwijs op de kwaliteit van leven aangetoond. Om echter de beroepsmatige en maatschappelijke relevantie meer kracht bij te zetten, is het belangrijk om grootschaliger onderzoek te verrichten naar kwaliteit van leven in samenhang met cluster 2 – onderwijs.
Tevens is er in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een controlegroep, waardoor het niet mogelijk is om de gevonden resultaten te vergelijken met normgegevens van een controlegroep.

De intervalperiode tussen het eerste en het tweede meetmoment bedroeg vijf maanden in dit onderzoek. Er wordt aangenomen dat wanneer er een langere intervalperiode gehanteerd wordt, er een duidelijker verschil aangetoond kan worden. Hierbij zou men ook nog kunnen overwegen om gebruik te maken van meer dan twee meetmomenten.
Een relatief groot aantal vragenlijsten werd niet of onvolledig geretourneerd. Het is raadzaam om rekening te houden met enkele factoren, zoals de lengte van de vragenlijst (toespitsen op domeinen) en het opleidingsniveau en/of beheersingsniveau van de Nederlandse taal. Daarnaast is het van belang om rekening te houden met onverwachte medische, persoonlijke en externe factoren die een grote invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven. Deze informatie kan ingewonnen worden door middel van een aantal vragen die gericht zijn op medische, persoonlijke en externe factoren.

8. LITERATUURLIJST

Alles over marktonderzoek . (2013). Retrieved maart 11, 2013, from Steekproefcalculator: http://www.allesovermarktonderzoek.nl/Steekproef-algemeen/steekproefcalculator

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* . Groningen: Noordhoff Uitgevers .

Baarda, D. D., & Goede de, D. M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek.* . Groningen: Noordhoff Uitgevers .

Beitchman, J., Hood, J., & Inglis, A. (1990). Psychiatric Risk in Children with Speech and Language Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 283-296.

Beitchmann, J., Johnson, J., & Brownlie, E. (2010). Twenty-Year Follow-Up of Children With and Without Speech-Language Impairments. *American Journal of Speech-Language Pathology* , 51-65.

Brinkman, J. (2009). *Cijfers Spreken* . Groningen : Noordhoff Uitgevers.

Bruil, J., Fekkes, M., Vogels, T., & Verrips, G. (2004). TAAQOL Manual. *Leiden Center For Child Health and Pediatrics LUMC-TNO* .

Bunge, E., Essink-Bot, M., Kobussen, M., Suijlekom-Smit, L., Moll, H., & Raat, H. (2005). Reliability and validity of health status measurement by the TAPQOL. *Child* , 351-358.

Chon, R., Mendes, C. D., Yaruss, J., & Quesal, R. (2010). The impact of stuttering on quality of life of children and adolescents. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* , 576-569.

Ciriha. (n.d.). Retrieved maart 27, 2012, from http://www.ciriha.org/nl/dossier-scientifique-larachide/de-levenskwaliteit-van-de-patienten.html

Damiano, P., Tyler, M., Romitti, P., Momany, E., Jones, M., Canady, W., et al. (2007). Health-Related Quality of Life Among Preadolescent Children With Oral Clefts: The Mother's Perspective. *Pediatrics* , 283-291.

De Winter, M., Balledux, M., & Mare, J. (1992). Opsporing van taalstoornissen. *VUGA* .

Fekkes, M., Bruil, J., & Vogels, T. (2004). TAPQOL-manual. *Leiden Center for Child Health and Pediatrics* .

Fenac. (n.d.). Retrieved maart 27, 2012, from http://www.fenac.nl/algemeen/taalspraakmoeilijkheden-en-taalspraakdiagnostiek.html

Grassel, E. (1996). Physical complaints and stress of caregiving familymembers providing home nursing for long-term disabled patients. . *Psychother Psychosom Med Psychol.* , 189-93.

Hatzmann, J., Valstar, M., Bosch, M., Wijburg, A., Heymans, H., & Grootenhuis, M. (2009). Predicting Health Related Quality of Life of parents of children with inherited metabolic diseases. . *ACTA PAEDIATRICA* , 1205-10.

Hoedt, A., Maurice-Stam, H., Boelen, C., Rubio-Gozalbo, E., Spronsen, F., Wijburg, F., et al. (2011). Parenting a child with phenylketonuria or galactosemia: implications for health-related quality of life. *J Inherit Metab Dis.* , 1205-10.

InfoNu! (2013). Retrieved maart 11, 2013, from Het berekenen van de steekproefomvang voor enquetes: http://wetenschap.infonu.nl/wiskunde/9884-het-berekenen-van-de-steekproefomvang-voor-enquetes.html

Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2004). How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of Life Research , 13*, 1297-1307.

Konst, E. (2009). Vroegbehandeling van spraak- en taalproblemen: een effectieve multidisciplinaire benadering. . *VHZ* .

Kroon, M., & Hodiamont, P. (2008). Meten van kwaliteit van leven in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* , 752-734.

Leonard, L. (1998). *Children With Specific Language Impairment.* Cambridge.

Markham, C., & Dean, T. (2006). Research Report: Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *International Journal of Language Communication Disorders* , 189-212.

McCabe, P. (2005). SOCIAL AND BEHAVIORAL CORRELATES OF PRESCHOOLERS WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT. *Psychology in the Schools* , 373-387.

Moons, P., Budts, W., & Geest de, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Elsevier* , 891-901.

Northouse, L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., et al. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. . *J Clin Oncol* , 4050-64. .

Noterdaeme, M., & H., A. (1999). Evaluation of emotional and behavioral problems in language impaired children using the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry* , 71-76.

(2012). *REC ZeON toelichting stoornis ESM.*

REC2Holland-Flevoland. (n.d.). Retrieved 2 27, 2012, from Indicatie- en herindicatiecriteria: http://www.rec2holland-flevoland.nl/RecZeon_C01/default.asp?comid=7&modid=273&itemid=0&time=-1.

Rijksoverheid. (n.d.). Retrieved maart 27, 2012, from Speciaal onderwijs: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/speciaal-onderwijs?ns_campaign=Thema-onderwijs_en_wetenschap&ro_adgrp=Passend_onderwijs_speciaal_onderwijs&ns_mchannel=sea&ns_source=google&ns_linkname=%2Bspeciaal%20%2Bonderwijs&ns_fee=0.00&gclid=

Romeo, H., & Hoogerbrugge, S. (2010). Onderzoek naar de behoefte aan psychosociale zorg bij chronisch zieke kinderen. *Afstudeeronderzoek Saxion* .

Rudolph, M., K. P., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2004). Speech impaired children: anxiety, depression and quality of life of the mothers. *HNO* , 561-568.

Rudolph, M., Kummer, P., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2005). Quality of life in mothers of speech impaired children. *Logopedics Phoniatrics Vocology* , 3-8.

Rudolph, M., Kummer, P., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2004). Speech impaired children: Anxiety, depression and quality of life of the mothers. *HNO* , 561-8.

Schaerlaekens, A. (2008). *De taalontwikkeling van het kind.* Noordhoff Uitgevers B.V.

Sprangers, M. (2009, september 22). *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Retrieved Maart 27, 2012, from http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/

Stanton-Chapman, T., Justice, L., Skibbe, L. E., & Grant, S. (2007). Social and Behavioral Characteristics of Preschoolers With Specific Language Impairment. *University of Virginia* , 98–109.

Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012, juni 11). Retrieved maart 11, 2013, from Speciale scholen; leerlingen op speciale scholen: http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=37746SOL&D1=0&D2=0-45&D3=a&D4=7%2cl&HD=090218-1409&HDR=T%2cG3%2cG2&STB=G1

Stichting Gehandicaptenplatform Overbetuwe. (n.d.). Retrieved maart 27, 2012, from http://belangenorganisatie.nl/sgo/asp/menusub.asp?subID=580&ID=207

Sullivan, M., J., K., & Ware, J. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey - I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine* , 1349–1358.

Theunissen, N., Vogels, T., Verrips, G., Koopman, H., Fekkes, M., & Kamphuis, R. (1999). Manual TACQOL. *Leiden Center for Child Health and Pediatrics* .

Theunissen, N.C.M. et al. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research , 7*, 387-397.

Thiesen, S. (2006). Levenskwaliteit bij kinderen met spraak- en taalstoornissen. p. 7.

Van Agt, H. e. (2005). Language disorders in children, impact and the effect of screening. *Quality of life research* , 1345-55.

van Weerdenburg, M. e. (2009). *Veelzeggend: speciaal onderwijs aan kinderen met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden.* Leuven: Acco.

Varni, J., Seid, M., & Kurtin, P. (2001). PedsQLTM 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy an Patient Populations. *Medical Care* , 800-812.

Varni, J., Seid, M., & Rode, C. (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *MedCare* , 126-39.

Verrips, G., Vogels, A., Verloove-Vanhorick, S., Fekkes, M., Koopman, H., & Kamphuis, R. e. (1998). Health-related quality of life measure for children the TACQOL. . *J Appl Therapeut* , 357-60.

Verrips, G., Vogels, T., Koopman, H., Theunissen, N., Kamphuis, R., Fekkes, M., et al. (1999). Measuring health-related quality of life in a child population. . *European Journal of Public Health* , 188-193.

Vogels, A., Theunissen, N., Verrips, G., Koopman, H., & Verloove-Vanhorick, S. (1996). Het meten van kwaliteit van leven bij kinderen met chronische aandoeningen. *TIAZ* , 104-11.

Willinger, U., Brunner, E., Diendorfer-Radner, G., Sams, J., Sirsch, U., & Eisenworth, B. (2003). Behaviour in Children With Language Development Disorders. *Can J Psychiatry* , 607-614.

Xuemei, L., & al., e. (2003). Reliability, Validity, and Responsiveness of the Short Form 12-Item Survey (SF-12) in Patients With Back Pain. *Spine* , 1739-1745.

Zee, K., & Sanderman, R. (2012). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36, een handleiding. *Research Institute, UMCG / Rijksuniversiteit Groningen* .

BIJLAGE 1: TOESTEMMINGSBRIEF OUDERS





Augustus 2012

Geachte ouders/verzorgers,

Wij zijn Eline Hochs en Marijke Breuer: twee logopediestudenten aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Voor ons afstudeeronderzoek vragen wij uw medewerking. We willen graag in beeld brengen of het cluster 2-onderwijs ervoor zorgt dat uw kind zich prettiger voelt. We zoeken hiervoor ouders en kinderen die onlangs gestart zijn op cluster 2-onderwijs.

"Verbetert cluster 2-onderwijs de kwaliteit van leven van kinderen,

vanaf vier jaar met ernstige spraak-/taalmoeilijkheden?"

Zoals u uit de titel van ons afstudeerproject kunt opmaken, willen wij met dit onderzoek nagaan of cluster 2-onderwijs de gezondheidstoestand (zowel lichamelijk/fysiek als geestelijk/mentaal) van uw kind verbetert. Dit wordt de "kwaliteit van leven" genoemd (KvL).

Wij zouden u daarom willen vragen of u mee wilt werken aan ons onderzoek. Dit heeft uiteraard ook voor u een voordeel. U kunt de eventuele veranderingen van uw kind goed zien. Als u besluit om deel te nemen aan ons onderzoek, ontvangt u van ons een vragenlijst die u invult over uw kind. In deze vragenlijst zullen wij u een aantal vragen stellen over o.a. maagklachten, huidproblemen, longproblemen, slaapproblemen, eetgedrag, gedragsproblemen, stemming, angsten, levenslust, sociaal functioneren, motoriek en communicatie om zo de algemene kwaliteit van leven in kaart te brengen. Het invullen van deze meerkeuze vragenlijst zal circa 15 minuten tijd in beslag nemen. Om een eventuele verandering vast te kunnen stellen, is het nodig om deze vragenlijst na een periode van ± 6 maanden cluster 2–onderwijs, nogmaals in te vullen. Deze vragenlijsten mag u uiteraard anoniem invullen.

Wij hopen met de resultaten van dit onderzoek aan te kunnen tonen dat cluster 2–onderwijs de levenskwaliteit van kinderen verbetert en daarom essentieel is voor de individuele ontwikkeling en het welbevinden van kinderen die extra zorg nodig hebben.

Heeft u nog vragen hierover dan kunt u per e-mail contact opnemen met een van ons. Vanuit "de Taalbrug" is Ilse Pasmans (teamleider SO) onze begeleider. Haar kunt u hierover ook bereiken.

Graag willen wij u vragen om onderstaand strookje ingevuld en ondertekend af te geven aan de leerkracht van uw kind.

Wij willen u in ieder geval alvast hartelijk bedanken!

Met vriendelijke groet:

Eline Hochs e-mail: 0829870hochs@zuyd.nl

Marijke Breuer e-mail: 0918636breuer@zuyd.nl

Ilse Pasmans e-mail: i.pasmans@ssoe.nl of 040-2424255 (maandagen)

De ouder(s)/verzorger(s) van …… (naam leerling),

uit de klas van juf/meester…… op locatie……

geven ◊ WEL ◊ GEEN toestemming voor deelname aan het

KvL-afstudeeronderzoek voor cluster 2-onderwijs.

Het onderzoek vindt plaats met geheimhouding van de gegevens van uw kind.
De ouders ontvangen een kopie van de uitslag van de vragenlijst en gaan ermee akkoord dat de uitslag van het onderzoek wordt opgenomen in het afstudeerproject. Een kopie hiervan gaat naar "de Taalbrug".

Datum: …… Handtekening ouder(s)/verzorger(s):……

BIJLAGE 2: BEGELEIDENDE BRIEF EERSTE MEETMOMENT

Zuyd Hogeschool ZUYD

de Taalbrug

Oktober 2012

Geachte ouders/ verzorgers,

In augustus 2012 heeft u van ons een informatiebrief ontvangen waarin u kon aangeven of u wilde deelnemen aan ons onderzoek. Met dit onderzoek willen we nagaan of cluster 2-onderwijs de gezondheidstoestand (zowel lichamelijk/fysiek als geestelijk/mentaal) van uw kind verbetert. Dit wordt de "kwaliteit van leven" genoemd (KvL). We hebben namens u een aanmelding ontvangen en willen u hartelijk danken voor uw deelname.

In de envelop zitten twee of drie vragenlijsten ingesloten. We verzoeken u om deze vragenlijsten in te vullen. De vragenlijsten mogen anoniem ingevuld worden. Eén vragenlijst vult u in over uw kind, de andere vragenlijst betreft uw eigen ervaring en beleving.
Het invullen van een vragenlijst duurt maximaal 5 minuten.

Mocht uw kind 8 jaar of ouder zijn ontvangt uw kind daarnaast ook een eigen vragenlijst. Deze vragenlijst vult uw kind zelf in. U kunt uw kind helpen met het invullen van de vragenlijst als uw kind hiermee moeilijkheden ervaart. Het is wel van belang dat de antwoorden berusten op de eigen beleving van het kind. Ook deze vragenlijst mag anoniem worden ingevuld.

Na het invullen van de vragenlijsten kunt u de vragenlijsten in de bijgesloten envelop afgegeven aan de leerkracht.

Om garant te staan voor de waarborging van uw privacy is het van belang dat u de envelop goed gesloten retourneert aan de leerkracht. Uitsluitend wij hebben recht om deze vragenlijsten in te zien. De school zal deze vragenlijsten dus niet inzien. Als ons onderzoek is afgerond worden alle verkregen gegevens vernietigd.

Zoals reeds eerder aangegeven ontvangt u na een aantal maanden nogmaals deze vragenlijsten. Deze sturen we u te zijner tijd op.

Ten slotte willen we u vragen om deze vragenlijsten uiterlijk **donderdag 25 oktober 2012** in te leveren bij de leerkracht van uw kind.

Mochten er nog vragen zijn, kunt u mailen naar 0918636breuer@zuyd.nl.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eline Hochs, Marijke Breuer en Robin Moonen

BIJLAGE 3: HERINNERINGSBRIEF EERSTE MEETMOMENT

Herinneringsbrief

Heerlen, 9 November 2012

Geachte ouders/verzorgers,

In oktober 2012 heeft u van ons vragenlijsten ontvangen die u voor u zelf en voor uw kind moest invullen. Helaas hebben wij nog niet alle ingevulde vragenlijsten mogen ontvangen. Voor ons onderzoek is het echter van groot belang dat wij voldoende onderzoeksgegevens krijgen om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de resultaten. Zonder voldoende gegevens kunnen wij dit helaas niet doen.

Als u de vragenlijst reeds ingevuld en geretourneerd hebt, kunt u deze herinneringsbrief als niet verzonden beschouwen. Heeft u de vragenlijst nog niet ingevuld? Dan zouden wij u vriendelijk willen vragen om dit alsnog te doen. De gesloten enveloppen kunt u bij de leerkracht van uw kind inleveren.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eline Hochs, Robin Moonen & Marijke Breuer

BIJLAGE 4: INFORMATIEBRIEF VÓÓR HET TWEEDE MEETMOMENT

Januari, 2013

Herinneringsbrief

Geachte ouders/ verzorgers,

In oktober 2012 heeft u van ons vragenlijsten ontvangen die u voor u zelf en voor uw kind heeft ingevuld. Zoals u weet ontvangt u deze vragenlijst(en) nogmaals, deze zult u in februari aangereikt krijgen door de leerkracht van uw kind.

Voor ons onderzoek is het van groot belang dat wij voldoende onderzoeksgegevens krijgen om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de resultaten. Daarom willen wij u vriendelijk vragen om deze vragenlijsten wederom in te vullen en vervolgens de gesloten envelop te retourneren bij de leerkracht van uw kind.

Mochten er nog vragen zijn, kunt u mailen naar 0918636breuer@zuyd.nl.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eline Hochs, Robin Moonen & Marijke Breuer

BIJLAGE 5: BEGELEIDENDE BRIEF TWEEDE MEETMOMENT

Zuyd Hogeschool ZUYD

de Taalbrug

Februari 2013

Geachte ouders/ verzorgers,

In januari heeft u een brief ontvangen waarin aangegeven werd dat u in februari de laatste vragenlijst(en) zou ontvangen t.b.v. ons afstudeeronderzoek. Met dit onderzoek willen we nagaan of cluster 2-onderwijs de gezondheidstoestand (zowel lichamelijk/fysiek als geestelijk/mentaal) van kinderen, die cluster 2-onderwijs volgen, en hun opvoeders verbetert. Dit wordt de "kwaliteit van leven" genoemd (KvL).

In de envelop bevind(t)(en) zich de vragenlijst(en) die voor u van toepassing zijn. We verzoeken u om deze vragenlijst(en) in te vullen. De vragenlijst(en) mag/mogen anoniem ingevuld worden. Eén vragenlijst vult u weer in over uw kind. Wanneer u een half jaar geleden ook de vragenlijst voor uzelf heeft ingevuld, ontvangt u deze wederom. Deze vragenlijst betreft uw eigen ervaring en beleving.
Het invullen van een vragenlijst duurt maximaal 10 minuten.

Mocht uw kind 8 jaar of ouder zijn ontvangt uw kind daarnaast ook weer een eigen vragenlijst. Deze vragenlijst vult uw kind zelf in. U kunt uw kind helpen met het invullen van de vragenlijst als uw kind hiermee moeilijkheden ervaart. Het is wel van belang dat de antwoorden berusten op de eigen beleving van het kind. Ook deze vragenlijst mag anoniem worden ingevuld.

Na het invullen van de vragenlijst(en) kunt u de vragenlijst(en) in de bijgesloten envelop afgegeven aan de leerkracht.

Om garant te staan voor de waarborging van uw privacy is het van belang dat u de envelop gesloten retourneert aan de leerkracht. Uitsluitend wij hebben recht om deze vragenlijsten in te zien. De school zal deze vragenlijsten dus niet inzien. Eind juni zal ons onderzoek afgerond zijn en worden alle verkregen gegevens vernietigd. Verder zult u dan op de hoogte gebracht worden van de conclusie van ons onderzoek.

Ten slotte willen we u vragen om deze vragenlijst(en) uiterlijk **vrijdag 15 maart 2013** in te leveren bij de leerkracht van uw kind.

Mochten er nog vragen zijn, kunt u mailen naar 0918636breuer@zuyd.nl.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eline Hochs, Marijke Breuer en Robin Moonen

BIJLAGE 6: HERINNERINGSBRIEF TWEEDE MEETMOMENT

Maart 2013

Herinneringsbrief

Geachte ouders/verzorgers,

In februari 2013 heeft u van ons vragenlijsten ontvangen die u voor u zelf en voor uw kind moest invullen. Helaas hebben wij nog niet alle ingevulde vragenlijsten mogen ontvangen. Voor ons onderzoek is het echter van groot belang dat wij voldoende onderzoeksgegevens krijgen om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de resultaten. Zonder voldoende gegevens kunnen wij dit helaas niet doen.

Als u de vragenlijst reeds ingevuld en geretourneerd hebt, hoeft u verder niets te doen. Heeft u de vragenlijst nog niet ingevuld? Dan zouden wij u vriendelijk willen vragen om dit alsnog te doen. De gesloten enveloppen kunt u bij de leerkracht van uw kind inleveren.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eline Hochs, Robin Moonen & Marijke Breuer

BIJLAGE 7: TAPQOL

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)

LUMC

TNO

© 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

Gedrag van uw kind in de afgelopen 3 maanden, met andere kinderen:

Mijn kind kon met andere kinderen prettig spelen 33	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Mijn kind was bij andere kinderen op zijn/haar gemak 34	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Mijn kind was zeker van zichzelf bij andere kinderen 35	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak

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

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden <u>in vergelijking met leeftijdgenootjes</u>

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

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

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden <u>in vergelijking met leeftijdgenootjes:</u>

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!

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

BIJLAGE 8: TACQOL – KIND

Nummer: [_ _ _ _ _ _ _ _]

TACQOL

Vragenlijst

voor kinderen van 8 tot en met 15 jaar

Wil je eerst de vragen hieronder invullen?

Ben je een jongen of een meisje?	☐ jongen	☐ meisje	
Wanneer ben je geboren?	..... (dag)	..... (maand)	..... (jaar)
Wat is de datum waarop je deze vragenlijst invult?	..... (dag)	..... (maand)	..... (jaar)

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

INSTRUCTIE

Hallo

We willen graag weten hoe het de afgelopen weken met jou ging.

Op de volgende bladzijden staat een aantal vragen.
Bij elke vraag staan een paar antwoorden. Kies daaruit het antwoord dat het beste bij jou past.
Zet dan een kruisje in het hokje bij dat antwoord.

Hieronder staat een voorbeeld (je hoeft deze vraag niet zelf in te vullen).

Had je hoofdpijn? ☒ nooit ☐ soms ☐ vaak

1

Ik voelde me daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☐ slecht

Had je keelpijn? ☒ nooit ☐ soms ☐ vaak

2

Ik voelde me daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☐ slecht

Als je de afgelopen weken **geen enkele keer** hoofdpijn had, zet dan een kruisje in het hokje voor 'nooit'.
Dan kun je meteen naar de volgende vraag, over keelpijn. Zoals het voorbeeld hierboven.

Als je **soms** of **vaak** hoofdpijn had, zet je een kruisje bij een van die antwoorden. Daaronder staat de vraag **'Ik voelde me daarbij'**. Vul in hoe je je voelde als je hoofdpijn had. Zoals in het voorbeeld hieronder. Daarna ga je naar de volgende vraag.

Had je hoofdpijn? ☐ nooit ☒ soms ☐ vaak

1

Ik voelde me daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☒ slecht

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Pijn en klachten in de afgelopen weken.
Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was.....

Had je wel eens oor- of keelpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
1
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had je wel eens maag- of buikpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
2
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had je wel eens hoofdpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
3
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was je wel eens duizelig? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
4
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was je wel eens misselijk? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
5
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was je vermoeid? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
6
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was je slaperig? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
7
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was je suf? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
8
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had je andere pijn of klachten? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
9
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht
Wat voor pijn of klachten waren dat?

Alleen als je de afgelopen weken wel eens pijn of klachten had:
Wat denk je, waardoor kwamen die klachten of pijn?
10

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waar je de afgelopen weken wel eens moeite mee had.
Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had je wel eens .....

Moeite met rennen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
11
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lopen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
12
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met staan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
13
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met de trap af lopen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
14
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met spelen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
15
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lang hollen of lopen, met je uithoudingsvermogen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
16
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met het bewaren van je evenwicht? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
17
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite om dingen handig en vlug te doen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
18
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als je de afgelopen weken wel eens dit soort problemen had:
Wat denk je, waardoor kwamen die problemen?
19

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waar je de afgelopen weken wel eens moeite mee had.
Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had je wel eens .....

Moeite met zelfstandig naar school gaan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
20
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met jezelf wassen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
21
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met jezelf aankleden? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
22
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf naar de wc gaan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
23
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf eten en drinken? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
24
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf sporten of buiten spelen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
25
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf hobby's uitvoeren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
26
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met fietsen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
27
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als je de afgelopen weken wel eens dit soort klachten had:
Wat denk je, waardoor kwamen die problemen?
28

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waar je de afgelopen weken wel eens moeite mee had.
Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had je wel eens.....

Moeite met opletten, concentreren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
29
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met begrijpen van schoolwerk? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
30
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met begrijpen wat anderen zeiden? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
31
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met rekenen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
32
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lezen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
33
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met schrijven? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
34
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met leren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
35
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite om uit je woorden te komen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
36
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als je de afgelopen weken wel eens dit soort problemen had:
Wat denk je, waardoor kwamen die problemen?
37

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

De omgang met andere kinderen en je ouders, de afgelopen weken.
Denk telkens even na hoe je de afgelopen weken was.

Ik kon met andere kinderen prettig spelen of praten. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
38
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Ik kon bij andere kinderen voor mezelf opkomen. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
39
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Andere kinderen vroegen me om mee te doen met spelen. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
40
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Ik was bij andere kinderen op mijn gemak. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
41
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Ik kon met mijn ouders prettig spelen of praten. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
42
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Tegenover mijn ouders was ik zwijgzaam en stil. ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
43
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Ik was onrustig of ongeduldig tegenover mijn ouders. ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
44
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Ik was opstandig tegenover mijn ouders. ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
45
Ik voelde me daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als je de afgelopen weken niet altijd goed kon opschieten met andere kinderen of je ouders:
Wat denk je, waardoor kwam dat?
46

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Ik voelde me de afgelopen weken .....

Vrolijk 47	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Ontspannen** 55	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Verdrietig 48	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Agressief** 56	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Opgewekt 49	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Gelukkig** 57	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Boos 50	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Driftig** 58	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Tevreden 51	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Zeker van mezelf** 59	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Bezorgd 52	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Jaloers** 60	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Enthousiast 53	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Blij** 61	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Somber 54	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	**Angstig** 62	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak

Als je je de afgelopen weken niet altijd prettig voelde:
Wat denk je, waardoor kwam dat?
63

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

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

BIJLAGE 9: TACQOL – OUDER

Nummer: [_ _ _ _ _ _ _ _]

TACQOL

Vragenlijst

voor de ouders / verzorgers van
kinderen van 6 tot en met 15 jaar

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)
Op welke dag is deze vragenlijst ingevuld?	..... (dag)	..... (maand)	..... (jaar)

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

INSTRUCTIE

Geachte ouders, verzorgers

Wij willen graag weten hoe het met uw kind ging, in de afgelopen weken.

Op de volgende bladzijden staat een aantal vragen.
Bij elke vraag staan een paar antwoorden. Kies daaruit het antwoord dat het beste bij uw kind past.
Zet een kruisje in het hokje bij dat antwoord.

Hieronder staat een voorbeeld (u hoeft deze vraag niet zelf in te vullen).

Had uw kind hoofdpijn? ☒ nooit ☐ soms ☐ vaak

1

Mijn kind voelde zich daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☐ slecht

Had uw kind keelpijn? ☒ nooit ☐ soms ☐ vaak

2

Mijn kind voelde zich daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☐ slecht

Als uw kind de afgelopen weken **geen enkele keer** hoofdpijn had, zet u een kruisje in het hokje voor 'nooit'.
Dan kunt u meteen naar de volgende vraag, over keelpijn. Zoals in het voorbeeld hierboven.

Als uw kind **soms** of **vaak** hoofdpijn had, zet een kruisje in het betreffende hokje. Daaronder staat:
'Mijn kind voelde zich daarbij'. Kruis daar dan aan hoe uw kind zich voelde als het hoofdpijn had. Zoals in het voorbeeld hieronder. Daarna gaat u door naar de volgende vraag.

Had uw kind hoofdpijn? ☐ nooit ☒ soms ☐ vaak

1

Mijn kind voelde zich daarbij:
☐ (heel) goed ☐ niet zo goed ☐ vrij slecht ☒ slecht

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Pijn en klachten in de afgelopen weken.

Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was

Had uw kind wel eens oor- of keelpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

1

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had uw kind wel eens maag- of buikpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

2

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had uw kind wel eens hoofdpijn? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

3

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was uw kind wel eens duizelig? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

4

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was uw kind wel eens misselijk? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

5

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was uw kind vermoeid? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

6

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was uw kind slaperig? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

7

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Was uw kind suf? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

8

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Had uw kind andere pijn of klachten? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak

9

Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Wat voor pijn of klachten waren dat?

Alleen als uw kind wel eens pijn of klachten had in de afgelopen weken:
Waardoor kwamen die pijn of klachten, naar uw mening?

10

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waarmee uw kind de afgelopen weken wel eens moeite had.
Denk telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had uw kind wel eens .....

Moeite met rennen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
11
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lopen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
12
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met staan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
13
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met de trap af lopen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
14
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met spelen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
15
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lang hollen of lopen, met het uithoudingsvermogen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
16
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met het bewaren van het evenwicht? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
17
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite om dingen handig en vlug te doen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
18
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als uw kind dit soort problemen wel eens had in de afgelopen weken:
Waardoor kwamen die problemen, naar uw mening?
19

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waar uw kind de afgelopen weken wel eens moeite mee had.
Denkt u telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had uw kind wel eens .....

Moeite met zelfstandig naar school gaan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
20
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zichzelf wassen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
21
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zichzelf aankleden? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
22
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf naar de wc gaan? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
23
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf eten en drinken? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
24
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf sporten of buiten spelen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
25
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met zelf hobby's uitvoeren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
26
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met fietsen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
27
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als uw kind dit soort problemen wel eens had in de afgelopen weken:
Waardoor kwamen die problemen, naar uw mening?
28

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Dingen waar uw kind de afgelopen weken wel eens moeite mee had.
Denkt u telkens even na hoe het de afgelopen weken was. Had uw kind wel eens .....

Moeite met opletten, concentreren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
29
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met begrijpen van schoolwerk? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
30
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met begrijpen wat anderen zelden? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
31
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met rekenen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
32
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met lezen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
33
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met schrijven? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
34
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite met leren? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
35
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Moeite om uit zijn/haar woorden te komen? ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
36
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als uw kind dit soort problemen wel eens had in de afgelopen weken:
Waardoor kwamen die problemen, naar uw mening?
37

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

De omgang met andere kinderen en met u, in de afgelopen weken.
Denkt u telkens even na hoe het de afgelopen weken was.

Mijn kind kon met andere kinderen prettig spelen of praten. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
38
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Mijn kind kon bij andere kinderen voor zichzelf opkomen. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
39
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Andere kinderen vroegen mijn kind om mee te doen met spelen. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
40
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Mijn kind was bij andere kinderen op zijn gemak. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
41
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Mijn kind kon met ons, ouder(s) prettig spelen of praten. ❑ ja ❑ te weinig ❑ nooit
42
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Tegenover ons, ouder(s) was mijn kind zwijgzaam en stil. ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
43
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Mijn kind was onrustig of ongeduldig tegenover ons, ouder(s). ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
44
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Mijn kind was opstandig tegenover ons, ouder(s). ❑ nooit ❑ soms ❑ vaak
45
Mijn kind voelde zich daarbij:
❑ (heel) goed ❑ niet zo goed ❑ vrij slecht ❑ slecht

Alleen als het niet altijd goed ging in de omgang met andere kinderen of met u:
Waardoor kwam dat, naar uw mening?
46

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Mijn kind voelde zich de afgelopen weken....

Vrolijk 47	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Ontspannen 55	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Verdrietig 48	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Agressief 56	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Opgewekt 49	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Gelukkig 57	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Boos 50	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Driftig 58	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Tevreden 51	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Zeker van zichzelf 59	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Bezorgd 52	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Jaloers 60	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Enthousiast 53	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Blij 61	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak
Somber 54	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak	Angstig 62	❑ nooit	❑ soms	❑ vaak

Als uw kind zich de afgelopen weken niet altijd prettig voelde:
Waardoor kwam dat dan?
63

Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst! Als er nog iets is dat wij vergeten zijn en u vindt dat wel belangrijk, dan kunt u dat hieronder opschrijven.

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

BIJLAGE 10: TAAQOL

Nummer: [_ _ _ _ _ _ _ _]

TAAQOL

Vragenlijst

voor personen van 16 jaar en ouder

Wilt u eerst de vragen hieronder invullen?

Bent u een man of een vrouw?	☐ man	☐ vrouw	
Wat is uw geboortedatum?	..... (dag)	..... (maand)	..... (jaar)
Wat is de datum waarop u deze vragenlijst invult?	..... (dag)	..... (maand)	..... (jaar)

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

INSTRUCTIE

Geachte heer/mevrouw,

De vragen in deze lijst hebben betrekking op allerlei aspecten van uw gezondheid.
U kunt de vragen beantwoorden door het antwoord aan te kruisen dat het beste bij u past.

Bijvoorbeeld zo:

Ondervond u de afgelopen maand belemmering bij:

Trappen oplopen?	☒ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
1		**Hoe erg of vervelend vond u dat?**			
		☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

Indien iets niet helemaal goed ging, wordt u ook gevraagd hoe erg of vervelend u dat vond.
Dus, als u heeft aangegeven dat u "een beetje" belemmerd werd bij het trappen oplopen, kunt u vervolgens in het tweede gedeelte van de vraag aangeven hoe erg u dat vond.
Zo dus:

Ondervond u de afgelopen maand belemmeringen bij:

Trappen oplopen?	☐ niet	☒ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
1		**Hoe erg of vervelend vond u dat?**			
		☐ niet erg	☐ een beetje erg	☒ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Ondervond u de afgelopen maand belemmeringen bij:

Trappen oplopen	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
1		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Buigen / knielen / bukken	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
2		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Een halve kilometer lopen (bv. een paar straten)	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
3		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Tillen (bv boodschappen dragen)	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
4		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Ondervond u de afgelopen maand belemmering bij:

Papier knippen met een schaar 5	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Het dichtknopen van een blouse / overhemd 6	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Het openmaken van een conservenblikje 7	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
De deksel opendraaien van een potje 8	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Had u de afgelopen maand:

Moeite met aandachtig luisteren	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
9		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Moeite met het onthouden van dingen	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
10		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Moeite met geconcentreerd nadenken	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
11		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Dat u afdwaalde in gedachten	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
12		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Hoe vaak kwam het de afgelopen maand voor dat u:

Moeilijk in slaap kon komen	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
13		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Onrustig sliep	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
14		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
's Nachts veel wakker lag	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
15		**Hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Een goede nachtrust had	☐ (bijna) altijd	☐ vaak	☐ soms	☐ nooit	
16		**Als u niet altijd een goede nachtrust had, hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Had u de afgelopen maand:

Rugpijn 17	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Pijn / spanning in nek of schouders 18	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Pijn in gewrichten / ledematen 19	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Pijn in spieren 20	☐ nooit	☐ soms	☐ vaak	☐ (bijna) altijd	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Indien u daar behoefte aan had, was het voor u de afgelopen maand mogelijk om:

Vertrouwelijk met anderen te praten	☐ vaak	☐ soms	☐ zelden	☐ nooit	
21		**Als dat niet altijd mogelijk was, hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Met andere mensen plezier te hebben	☐ vaak	☐ soms	☐ zelden	☐ nooit	
22		**Als dat niet altijd mogelijk was, hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Vrienden te bezoeken	☐ vaak	☐ soms	☐ zelden	☐ nooit	
23		**Als dat niet altijd mogelijk was, hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Een goed gesprek met anderen te hebben	☐ vaak	☐ soms	☐ zelden	☐ nooit	
24		**Als dat niet altijd mogelijk was, hoe erg of vervelend vond u dat?** ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Had u de afgelopen maand:

Moeite gehad met werk, studie of andere dagelijkse activiteiten 25	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Minder dan voorheen aan werk, studie of andere dagelijkse activiteiten gedaan 26	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Belemmeringen gehad om bepaald soort werk, studie of andere dagelijkse activiteiten te doen 27	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Werk, studie of andere dagelijkse activiteiten minder zorgvuldig gedaan 28	☐ niet	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Minder dan voorheen aan seks gedaan 29	☐ nee	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg
Minder bevrediging aan seks beleefd 30	☐ nee	☐ een beetje	☐ tamelijk	☐ veel	
		Hoe erg of vervelend vond u dat? ☐ niet erg	☐ een beetje erg	☐ tamelijk erg	☐ heel erg

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

Voelde u zich de afgelopen maand:

Energiek 31	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Moe 32	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Fit 33	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Snel uitgeput 34	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Vrolijk 35	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Verdrietig 36	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Opgewekt 37	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Boos 38	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Bezorgd 39	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Somber 40	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Agressief 41	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Gelukkig 42	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Driftig 43	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Blij 44	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg
Angstig 45	❑ niet	❑ een beetje	❑ tamelijk	❑ erg

Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst! Mocht u vragen en/of opmerkingen hebben, dan kunt u die hieronder noteren.

© TNO Preventie en Gezondheid / LUMC (Nederland), 1999

BIJLAGE 11: VOLLEDIG OVERZICHT REACTIES OPEN VRAGEN TACQOL KINDERVRAGENLIJST EN OUDERVRAGENLIJST

	Reacties eerste meting **TACQOL (voor de ouders/ verzorgers van kinderen van 6 t/m 15 jaar)**	**Reacties tweede meting** **TACQOL (voor de ouders/ verzorgers van kinderen van 6 t/m 15 jaar)**
Waardoor kwamen de pijn en/of klachten die uw kind de afgelopen weken ervoer? (vraag 10):	- Mijn kind had last van de amandelen (#6) - Mijn kind heeft griep gehad en had hierdoor diarree en moest overgeven (#7) - **Mijn kind is pas op zijn nieuwe school begonnen (#10)** - Mijn kind was vermoeid door alle nieuwe indrukken op school (#11) - Mijn kind had nekpijn ten gevolge van het KISS-syndroom (#18)	- Ziek (#3) - Soort aambeien: hij kreeg bloedingen na poepen, jeuk en een branderig gevoel (#6) - Onduidelijk, misschien wagenziek (#7) - Wij denken dat de oorpijn die hij heeft te maken heeft met zwemles (onder water gaan) (#9) - Wat later naar bed dan normaal en daardoor wat vermoeider (#11)
Waardoor kwamen de problemen/ dingen waarmee uw kind moeite had (fysiek)? (vraag 19)	- Mijn kind is ziek geweest (#6) - Mijn kind was vermoeid na een drukke dag (#8) - Mijn kind heeft altijd moeite met zijn evenwicht en dingen handig/vlug doen (#10) - Mijn kind heeft een minder fijne motoriek (#13) - Als mijn kind dingen vlug en handig moet doen (een combinatie van denken, spreken en doen), wordt hij onzeker en daalt zijn zelfwaarde (#14)	- Hij geeft snel op (#6) - Hij heeft een minder fijne motoriek (#13) - Te snel willen doen en daardoor niet goed uitkijken en ergens over struikelen (#14) - Door zijn PDD-NOS denk ik dat hij niet zo handig en vlug is (#16)
Waardoor kwamen de problemen/ dingen waarmee uw kind moeite had (zelfstandigheid)? (vraag 28)	- Mijn kind had moeite met het op gang komen bij een activiteit. Problemen met zelfstandig naar het toilet gaan spelen al langer. Stuk rijping (#8) - Mijn kind heeft altijd moeite met zichzelf wassen en aankleden (#10) - Tijdens het buiten spelen en sporten heeft mijn kind moeite met de omgang met andere kinderen (#13) - Mijn kind heeft moeite met zelf buiten spelen. Door zijn onzekerheid is hij bang dat hij geen aansluiting bij andere kinderen vindt (#14) - Mijn kind vindt het soms moeilijk om aansluiting te vinden met andere kinderen en hij wil ook niet alleen spelen. Heeft dan snel de neiging om te gaan computeren. Hij zit op voetbal en vindt dit leuk, maar soms kan hij het spel en de taal van de kinderen niet	- Moeite met zelfstandigheid: knutselen, kleuren, hij is kieskeurig met eten, kan zich niet zelfstandig wassen (#6) - Zindelijkheid is altijd al moeizaam verlopen, gaat nu vrij aardig (#8) - Hij geeft er niet zo veel om (fietsen), we blijven af en toe oefenen (#9) - Hij heeft een minder fijne motoriek (#13) - Weet soms niet wat hij moet doen, gaat ergens naar zoeken en kan dan wel spelen. Wil liever binnen dan buiten spelen (#14) - Als iets niet lukt, snel erbij neer leggen (#15)

	volgend (#15) - Mijn kind was vermoeid en had een minder goede conditie, onder andere ten gevolge van slecht slapen (#18)	
Waardoor kwamen de problemen/ dingen waarmee uw kind moeite had (cognitief)? (vraag 37)	- Door de taalachterstand van mijn kind (#3) - Mijn kind heeft een spraakprobleem (#7) - Mijn kind gedraagt zich veel jonger op sommige momenten en wil dat niet graag praten (#8) - Dit zijn allemaal onderdelen van het waarom mijn kind naar een cluster 2-school is gegaan (#10) - Opletten en concentreren is erg moeilijk waardoor lezen, rekenen en schrijven niet altijd goed gaat (#12) - Mijn kind heeft een minder fijne motoriek (#13) - **We denken dat dit een gevolg is van niet begrepen worden op het reguliere onderwijs. Als hij niet snel genoeg begrepen wordt als hij niet uit zijn woorden komt = onbegrip en heeft als gevolg dat mijn kind zegt "ik ben dom"of "ik ben stom" (#14)** - Voordat mijn kind hier op school kwam zou ik deze vragen veel negatiever hebben ingevuld, nu is dit wel anders! (#15)	- Door spraak- taal problemen (#6) - Vastgesteld taal-, spraak- en automatiseringsprobleem (#7) - Starre gedachtegang, graag zijn eigen ideeën uitvoeren en dan niet openstaan voor anderen) (#8) - Zo is hij. Hij heeft al zijn hele leven moeite met concentreren en vertellen. Hij heeft daar verder thuis niet echt last van (#9) - Dat ligt aan haar stoornis (#11) - Mijn kind heeft ADD en leerproblemen (#12) - ESM kind (#13) - Hij kan zich niet goed uiten/ verwoorden wat hij bedoelt (#14) - ADHD, PDD-NOS en hij komt moeilijk uit zijn woorden. Hij wil alles graag goed doen. Toch zien we echt vooruitgang! (#15)
Waardoor gingen er bepaalde dingen in de omgang met andere kinderen en de ouder zelf niet altijd goed? (vraag 46):	- Kindergedrag, frustratie, schuld krijgen (#3) - Kind voelt zich onveilig (#3) - Hij heeft vaak herhaling nodig, structuur en sturing. Ook geeft hij snel op (#6) - Starre gedachtegang (#8) - **Er is niet veel veranderd in de afgelopen tijd (#9)** - **Mijn kind kwam op een nieuwe school en een hele nieuwe omgeving, hij moest hier erg aan wennen (#12)** - Zich niet kunnen uiten/ verwoorden (#14) - Elkaar niet begrijpen. Hij liep op zijn tenen dus was snel gekwetst (#15)	- Moeite met sociale regels, voelt zich vaak buiten gesloten, reageert dan opstandig (#3) - Omdat hij vaak zijn eigen zin wil krijgen (#6) - Als ze vermoeid is, is ze prikkelbaar maar verder niet (#11) - Mijn kind wil veel vertellen en door enthousiasme kan hij ongeduldig zijn (#12) - Hij laat bijna overal voorbeeldig gedrag zijn behalve thuis (#13) - Hij kan zich niet goed uiten/ verwoorden wat hij bedoelt (#14) - **Elk kind is wel eens ongeduldig, onrustig of opstandig, maar dat gedrag is nu minder dan voorheen! (#15)**
Waardoor kwam het dat uw kind zich in de afgelopen periode niet altijd prettig voelde? (vraag 63)	- Mijn kind wordt boos als iets niet mag (#3) - Mijn kind wordt boos als het niet gaat zoals hij wil (#8) - **Mijn kind is pas begonnen op een nieuwe school en het duurt een tijdje voordat hij gewend is (#10)** - Als ze haar zin niet krijgt of als haar broer haar plaagt (#11) - Dit kwam door onzekerheid en verlegenheid (#12)	- Mijn kind is selectief in communicatie naar anderen en kan daardoor wel een angstig overkomen naar anderen (#12) - Onzekerheid of hij alles wel goed doet (#14) - **Dit is een wereld van verschil met voorheen!! Hij kan er niet tegen als iets niet lukt of niet op zijn manier gaat (#15)**

	- We denken dat we de oorzaak hiervan moeten zoeken in het autisme-spectrum (#13) - Mijn kind is niet zeker van zichzelf en daardoor ontevreden over zichzelf. Hij heeft een negatief zelfbeeld met als gevolg agressiviteit en driftbuien (#14) - **Mijn kind heeft nog nooit zo goed in zijn vel gezeten als nu! Hij was voorheen vaak bezorgd en verdrietig. Dit was hij ook als er niets vervelends gebeurd was (#15)** - Dit kwam door onzekerheid (#18)	
	Reacties eerste meting **TACQOL (voor kinderen van 8 t/m 15 jaar)**	**Reacties tweede meting** **TACQOL (voor kinderen van 8 t/m 15 jaar)**
Waardoor kwamen de pijn en/of klachten waarmee ik de afgelopen weken te maken had? (vraag 10)	- Ik heb vaak hoofdpijn, dat komt doordat ik tv kijk zonder bril (#14)	- Lange dagen, daardoor met name donderdag en vrijdag wat vermoeider, ik ga wel ruim op tijd naar bed (#13)
Waardoor kwam het dat ik de afgelopen weken wel eens moeite had met fysieke dingen? (vraag 19)	- Door niet hard door te werken (#14)	- Problemen met de motoriek (#13) - Dingen op school gaan snel en dan kan ik het niet altijd bijhouden. Rennen (soms moeite) is met wedstrijdvoetballen (#15)
Waardoor kwam het dat ik de afgelopen weken moeite had met zelfstandig handelen? (vraag 28)	- Ik heb niet altijd zin om buiten te spelen (#14)	- Er is nog een grote hulpvraag (#13)
Waardoor kunnen de dingen waarmee ik moeite heb verklaard worden (cognitief)? (vraag 37)	- Ik heb moeite met concentreren, ik word vaak afgeleid (#12)	- Ik heb ADD en ben selectief in communicatie, ook heb ik leerproblemen (#12) - Ik heb ernstige spraak-/taalmoeilijkheden (#13) - Lezen vind ik saai (#15)
Waardoor kwam het dat ik de omgang met mijn ouders en/of andere kinderen niet altijd goed was? (vraag 46)	- Ik ben ongeduldig tegenover mijn ouders, wil het snel vertellen. Ik ben opstandig als ik gelijk wil krijgen (#12) - **Ik ben bang dat kinderen mij niet lief vinden (#14)** - Ik vond het niet fijn om boos of opstandig te zijn, maar weet niet meer waarom (#15)	- Soms wil ik snel mijn verhaal vertellen en dan kan ik moeilijk wachten (#12)

Hoe kan mijn gevoel van de afgelopen weken verklaard worden? (vraag 63)	- **Ik kwam op een nieuwe school en een hele nieuwe omgeving, ik moest hier erg aan wennen (#12)** - **Ik miste mijn oude school en was erg onzeker of ik wel goed in de groep zou vallen en of ik het allemaal wel goed zou doen (#14)** - Oude school was moeilijk (#15)	- Dit komt door mijn ADD, doordat ik selectief ben in communicatie en door mijn leerproblemen (#12)
	Overige reactie	
	- **Ons kind zit veel beter in z'n vel nu hij naar cluster 2 gaat. Hij is meer ontspannen en heeft zin in school. In het weekend is er sprake van minder terugslag (#8)**	