

Het functioneren van gezinnen waar een kind is met een chronische ziekte

Een onderzoek naar het gezinsfunctioneren van gezinnen waar een kind is met een chronische ziekte, met behulp van de GVL en de WHO-5



Naam en studentnummer:	Judith van Bergen, 410098
Onderwerp:	Het gezinsfunctioneren in gezinnen waar een kind is met een chronische ziekte
Organisatie:	Merem behandelcentrum
Opdrachtgever:	Merem behandelcentrum
Begeleider organisatie:	Mw. Drs. A. Planje
Hoofdvraag:	In welke mate wijkt het gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen bij Merem in behandeling zijn, af van het gemiddelde gezinsfunctioneren van gezinnen en in welke mate heeft de huidige behandeling effect op het welzijn en gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen, in behandeling zijn bij Merem?
Locatie:	Hilversum
Naam eerste beoordelaar:	Dhr. J. Veldhuijzen
Naam tweede beoordelaar:	Dhr. G. Roemer
Opleiding:	Toegepaste Psychologie
Datum:	03-06-2019

Voorwoord

Dit onderzoek is gestart in samenwerking met behandelcentrum Merem te Hilversum. Het is uitgevoerd in het kader van het afstuderen van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hogeschool Saxion te Deventer. De aanleiding om te starten met dit onderzoek was om moeilijkheden en verbeterpunten van gezinnen met een kind met een chronische ziekte in kaart te brengen.

De opdrachtgever van dit onderzoek was behandelcentrum Merem. Ik heb bij deze organisatie stagegelopen voorafgaand aan het afstudeeronderzoek. Tijdens mijn stage is in overleg met Anita Planje (één van de GZ-psychologen van de kinderafdeling van Merem) een centrale onderzoeksvraag geformuleerd.

Ik wil behandelcentrum Merem bedanken voor de mogelijkheid om hier mijn afstudeeronderzoek uit te voeren en voor het beschikbaar stellen van alle middelen die hiervoor benodigd waren. Ik wil graag Anita Planje bedanken voor het wekelijks meekijken met mijn onderzoek en voor de tips en feedback tussendoor. Daarnaast wil ik ook graag de andere medewerkers van het kinderbehandelteam binnen Merem bedanken voor de interesse die zij toonden in mijn onderzoek. Tevens ben ik veel dank verschuldigd aan mijn eerste begeleider Jaap Veldhuijzen en tweede begeleider Guido Roemer voor de feedback en beoordeling. Tot slot wil ik Laurens Ekkel bedanken voor de afstudeercolleges en mijn medestudenten die tussendoor feedback en tips hebben gegeven.

Ik wens u veel leesplezier.

Judith van Bergen
Amersfoort, juni 2019

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	4
1.1. Aanleiding	4
1.2. Onderzoeksvraag	6
1.3. Opdrachtgever en doelstellingen van het onderzoek	6
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	8
2.1. Chronische aandoening en gezinsfunctioneren	8
2.2. Ernstige obesitas	8
2.3. Diabetes type I	9
2.4. Moeilijk behandelbaar astma	10
2.5. Samenvatting en conceptueel model	11
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden	13
3.1. Onderzoeksdesign	13
3.2. Onderzoeksdoelgroepen	13
3.3. Onderzoeksinstrumenten	14
3.4. Onderzoeksprocedures	15
3.5. Hypothesen en statistische analyses	15
Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten	18
4.1. Uitvoering	18
4.2. Respons	18
4.3. Resultaten	18
4.4. Hypothesetoetsing	20
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen	22
5.1. Conclusie en discussie	22
5.1.1. Beantwoording onderzoeksvraag en deelvragen	22
5.1.2. Discussie	23
5.2. Aanbevelingen	24
Literatuurlijst	26
Bijlagen:	28
Bijlage 1: eigen werkverklaring	28

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1. Aanleiding

Er zijn in Nederland veel kinderen met een chronische ziekte. Volgens een artikel van volksgezondheid en zorg (Chronische ziekten en multimorbiditeit, Cijfers & Context, Huidige situatie, 2016) waren er op 1 januari 2016 8,8 miljoen mensen met een chronische ziekte. Dit komt overeen met 52% van de Nederlandse bevolking. Met betrekking tot kinderen laat dit artikel zien dat er 511.000 kinderen tussen de 0 en de 4 jaar een chronische ziekte hebben, 823.000 kinderen tussen de 5 en de 9 jaar, 834.000 kinderen tussen de 10 en de 14 jaar en 767.000 kinderen tussen de 15 en 19 jaar. Volgens het artikel van het CBS over chronische ziekten, gezondheid en zorggebruik (2018) heeft 14,3% van de bevolking van 0 tot 25 jaar last van één of meerdere langdurige aandoeningen. Astma en chronische bronchitis komen het vaakst voor. Verder heeft ongeveer 5% van de kinderen langdurige gedrags- of leerstoornissen zoals dyslexie en hyperactief- en aandachtsgestoord gedrag. Ruim een kwart van de kinderen lijdt aan moeheid. Langdurige fysieke aandoeningen zoals astma en chronische bronchitis, kwamen in 2007 voor bij één op de tien kinderen (Herten, 2008). Mokkink et al., (2007) deden onderzoek naar omvang en gevolgen van chronische ziekten bij kinderen en hierbij kon worden vastgesteld dat ten minste veertien procent van de kinderen en jongeren in Nederland een chronische ziekte heeft. Er wordt hierbij ook genoemd dat zij dit als een onderschatting zien. Mokkink et al., (2007) noemen de volgende criteria voor een chronische ziekte:

- De aandoening komt voor bij kinderen en adolescenten tot 19 jaar;
- De aandoening is vast te stellen met behulp van medisch wetenschappelijke kennis middels een meetproces waarbij de methode en instrumenten volgens de beroepsgroep valide en reproduceerbaar zijn;
- De aandoening is (nog) niet te genezen;
- De aandoening bestaat ten minste drie maanden, of zal waarschijnlijk langer duren of er zijn het afgelopen jaar drie ziekte-episoden geweest.

Uit bovenstaande onderzoeken wordt duidelijk dat chronische ziekten onder kinderen vrij veel voorkomen. De behandeling van deze kinderen is afhankelijk van de aard van de chronische ziekte. Wanneer kinderen bij een kinderarts komen met een chronische ziekte, worden zij meestal doorverwezen naar een specialist. Wanneer kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I, moeilijk behandelbaar astma en cystic fibrose moeilijk te behandelen zijn, worden ze door kinderartsen doorverwezen naar behandelcentrum Merem. Kinderen kunnen binnen Merem opgenomen worden voor een periode van vier weken, wat verlengd kan worden als daar een indicatie voor is. In nauwe samenwerking met ouders wordt in een multidisciplinair behandelteam met de kinderen gewerkt om te onderzoeken wat de onderliggende problematiek kan zijn waardoor er onvoldoende grip is op de chronische ziekte. Middels deze behandeling en diagnostiek worden inzicht, adviezen en handvaten geboden.

Er is over ernstige obesitas, moeilijk behandelbaar astma en diabetes type I al veel bekend. Obesitas is een toenemend probleem in Nederland, ook voor kinderen (Baan-van der Slootweg, Nollet, Weller, Benninga, & van Aalderen, 2010). Volgens de landelijke groeistudie is het overgewicht onder kinderen toegenomen de laatste jaren (TNO innovation for life, 2010). Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat de zwaarste kinderen ook steeds zwaarder worden.

De definitie van overgewicht is lastiger voor kinderen dan voor volwassenen, omdat kinderen nog in de groei zijn en er sprake is van puberteit. Inmiddels is er brede internationale

consensus dat de Body Mass Index (BMI) de meest optimale, eenvoudige maat is voor het bepalen van overgewicht en obesitas. Hiervan zijn goede Nederlandse- en internationale referentiewaarden beschikbaar (Baan-van der Slootweg, Nollet, Weller, Benninga, & van Aalderen, 2010).

Diabetes type I is een chronische ziekte die ook onder kinderen voorkomt. Bij type I diabetes, ook wel suikerziekte genoemd, is de insulineproductie verstoord (Diabeter, 2019). Het lichaam kan dan onvoldoende insuline aanmaken voor eigen gebruik en hierdoor ontstaan de symptomen die bij diabetes type I horen, zoals veel plassen, veel afvallen en verlies aan energie (Diabeter, 2019).

Merem behandelt ten slotte ook kinderen met moeilijk behandelbaar astma. Zoals eerder al aangegeven is astma, samen met chronische bronchitis, de meest voorkomende chronische ziekte onder kinderen. De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspnoe, piepen op de borst en/of hoesten (NHG, z.d.). Astma komt veel voor bij kinderen. De prevalentie is 5 á 10 procent (NVK, 2013).

Gedurende de opname wordt er getracht kinderen zoveel mogelijk handvaten te bieden om in het dagelijks leven zo goed mogelijk met de chronische ziekte om te kunnen gaan. Tevens wordt er een zorgplan opgesteld voor het behandelteam die de behandeling voortzet na het ontslag bij Merem. De opname en het zorgplan trachten nieuwe inzichten in de chronische ziekte die zij hebben te bewerkstelligen, maar zorgt ook voor ondersteuning bij de problemen die de kinderen ervaren.

Bij bijvoorbeeld ernstige obesitas werkt de maatschappelijk werker samen met het gezin aan de problematiek die eventueel in het gezin speelt, maar ook aan de punten waarop de ouders en andere gezinsleden het kind kunnen ondersteunen. De diëtist kijkt samen met het kind naar het eetpatroon en maakt met behulp van het gezin een eetplan op maat. Een bewegingstherapeut helpt het kind om het sporten weer voort te zetten op de juiste manier en zoekt eventueel geschikte sporten voor patiënten die nog geen sport beoefenen. Tot slot heeft de GZ-psycholoog wekelijks afspraken met het kind. Elke week wordt educatie gegeven om handvaten te bieden bij onderwerpen als zelfvertrouwen en oplossingsvaardigheden. Ook bespreekt de arts wekelijks de voortgang en moeilijkheden die het kind die week tegen is gekomen.

Aangezien Merem een multidisciplinaire behandeling biedt, is de maatschappelijk werker nauw betrokken met de samenwerking met het gezin. Er is voordat de opname start al een gesprek met de maatschappelijk werker, systeemtherapeut en het gezin, om de situatie thuis alvast in kaart te brengen. Hieruit wordt duidelijk welke problemen de gezinsleden zelf al noemen en wat de relaties onderling zijn, of beide ouders betrokken zijn, hoe het zit met eventuele stiefouders, andere kinderen in het gezin enzovoort. Op de eerste dag van opname worden er altijd vragenlijsten ingevuld door zowel de patiënt als de ouders. Er wordt altijd gevraagd om beide ouders de vragenlijsten te laten invullen. Soms komt er een ouder niet of soms komen stiefouders ook mee omdat deze al een grote rol hebben in het leven van het kind. Zij vullen allemaal standaard, bij elke aanmeldingsreden hetzelfde, de gezinsvragenlijst (GVL) en de welzijnsindex (WHO-5) in. Deze worden naast de vragenlijsten over het sociaal emotioneel functioneren van het kind, ingevuld. Zo wordt er een volledig beeld gevormd met alle perspectieven binnen het gezin.

De reden dat er in samenwerking met Merem een onderzoek is gestart, is dat de gezinsproblematiek een grote rol speelt in het leven van het kind. Het is met behulp van de WHO-5 mogelijk om het welzijn van de ouders in kaart te brengen. Deze informatie heeft

Merem nodig omdat het geluk van de ouders reflecteert op de gezinssituatie. Daarnaast wordt de GVL afgenomen die meerdere onderdelen van het gezinsfunctioneren in kaart brengt. Vanuit Merem kwam de vraag om te onderzoeken of de gezinnen met een kind met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma meer problemen ervaren dan gemiddelde gezinnen. Dit is de aanleiding geweest voor de start van dit onderzoek.

1.2. Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die is opgesteld in overleg met de opdrachtgever luidt: ‘In welke mate wijkt het gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen bij Merem in behandeling zijn, af van het gemiddelde gezinsfunctioneren van gezinnen en in welke mate heeft de huidige behandeling effect op het welzijn en gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen, in behandeling zijn bij Merem?’

Om het antwoord op de hoofdvraag te concretiseren, zijn voor dit onderzoek de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de gemiddelde scores van de totaalscore met- en zonder partnerrelatie van de gezinsvragenlijst (GVL) van de normgroep en zijn er verschillen te ontdekken met de gemiddelde scores die bij Merem zijn gevonden bij de ouders van de kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?
2. Hoe beoordelen ouders, die een kind met een chronische ziekte hebben, hun welzijn op een schaal van 0 tot 100, gemeten met de WHO-5? Bestaan er verschillen tussen ouders met kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?
3. In welke mate heeft de huidige behandeling effect op het gezinsfunctioneren volgens de WHO-5 en is er een verschil op te merken tussen ouders met kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?

1.3. Opdrachtgever en doelstellingen van het onderzoek

Naast de behandelingen voor kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma, biedt Merem ook een specialistische revalidatie aan patiënten die bijvoorbeeld lijden aan niet aangeboren hersenletsel (NAH). Daarbij is het doel niet alleen herstellen, maar ook het leven zo aangenaam mogelijk in te delen met focus op wat de patiënt nog wél kan. De laatste doelgroep die Merem behandelt, zijn de patiënten met chronische longaandoeningen, die onder begeleiding van een longarts revalideren.

Voor ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma bestaat grote aandacht binnen Merem. Om ervoor te zorgen dat de geleerde kennis ook in het dagelijks leven geïmplementeerd kan worden, wordt het gezin intensief betrokken bij de behandeling. Bij de start van de opname ontvangen zowel de ouders als de kinderen vragenlijsten. De kinderen vullen, afhankelijk van de reden van komst, vragenlijsten in met betrekking tot bijvoorbeeld eetgedrag bij een kind met ernstige obesitas, maar ook vragenlijsten over copingsstijlen en competentiebeleving. De vragenlijsten voor de ouders bestaan bij alle opnames van kinderen met een chronische ziekte in elk geval uit de welzijnsindex (WHO-5) en de gezinsvragenlijst (GVL). De WHO-5 brengt het welzijn van de ouders in kaart aan de hand van vijf vragen. De GVL brengt het gezinsfunctioneren in kaart op basis van vijf aspecten.

De gegevens van de GVL en WHO-5 van de gezinnen worden in deze scriptie geanalyseerd. De meerwaarde van de GVL binnen de diagnostiek van Merem wordt onderzocht door te

bepalen wat de uitkomsten zijn bij de cliëntgroepen en deze te vergelijken met de uitkomsten van gemiddelde gezinnen. Mochten opvallende verschillen geconstateerd worden tussen de patiëntgroepen en gemiddelde gezinnen, kan dit aanleiding voor Merem zijn om de behandeling van deze gezinnen te wijzigen. Daarnaast kan zo bepaald worden of de huidige behandeling effect heeft op het welzijn van de gezinnen.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk is informatie ingewonnen omtrent de probleemstelling door middel van literatuuronderzoek. De in dit onderzoek centraal staande begrippen worden gedefinieerd, onderzoeksresultaten worden gepresenteerd en tot slot volgt het conceptuele model waarin alle (on)afhankelijke variabelen bij dit onderzoek aan bod komen.

2.1. Chronische aandoening en gezinsfunctioneren

Uit onderzoek van Huisman, Flapper, Kalverdijk, L'Hoir en van Weel (2010) naar niet specifiek genoemde chronische ziekten bij kinderen kwam naar voren dat omgaan met een chronische ziekte zowel kinderen als ouders voor nieuwe taken stelt. Kind en ouders moeten zich dus aanpassen aan de nieuwe situatie met de chronische ziekte. De emotionele- en gedragsproblemen zijn uiteenlopend en verschillen per chronische ziekte. Deze kunnen samengevat worden als reacties op verandering, stress, dreiging, onzekerheid en verlies. De emotionele problemen zijn vaak veranderde stemming en angst. Er kunnen daarbij lichamelijke reacties optreden via diverse vormen van verhoogde waakzaamheid of prikkelbaarheid. In de volgende paragrafen wordt ingegaan de volgende chronische ziekten: ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma als ook hun gevolgen voor het gezinsfunctioneren.

2.2. Ernstige obesitas

Zoals in de inleiding al omschreven, is ernstige obesitas zowel bij volwassenen als bij kinderen een groeiend probleem. In Nederland heeft twaalf procent van de jeugd van 2 tot 21 jaar last van overgewicht. Overgewicht betekent dat er teveel overtollig vet in het lichaam wordt opgeslagen. Van de kinderen met overgewicht heeft drie procent ernstig overgewicht, ook wel obesitas genoemd (TNO innovation for life, 2010).

In dit onderzoek wordt aangesloten bij de definitie van obesitas zoals geformuleerd door Schweitzer & Mathus-Vliegen (2011). Zij beschouwen obesitas als een chronische ziekte waarbij er een zodanige overmatige opstapeling van gevulde vetcellen bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. Volgens genoemde auteurs zou er structurele aandacht op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling moeten bestaan. Omdat zij obesitas beschouwen als een chronische ziekte, kan deze toestand niet slechts worden beschouwd als een ongemak. Het chronische karakter van obesitas impliceert eveneens dat het een levenslang probleem is, waarvoor voortdurend aandacht nodig is en waarvoor op dit moment geen volledige genezing bestaat.

In de praktijk blijkt vaak dat ouders het eetgedrag van hun te dikke kinderen trachten te controleren, maar dat zij de obesogene factoren in hun omgeving, zoals het thuis beschikbaar hebben van ongezond eten, onvoldoende veranderen (Rütten, 2009). Het kind wordt daardoor steeds geconfronteerd met ongezond eten en moet zichzelf constant beheersen en begrenzen. Hij of zij draagt daarom alle verantwoordelijkheid om een gezond gewicht te handhaven. De kans dat een kind dit niet volhoudt en het gezond eten opgeeft, is dan groot. Het is daarom gebruikelijk dat bij programma's ter behandeling van overgewicht en obesitas ook de ouders worden betrokken bij de behandeling (Rütten, 2009). Daarbij is het tevens van belang dat ouders een autoritatieve opvoedingsstijl ontwikkelen, omdat ouders dan zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de obesogene omgeving.

Het ontstaan van overgewicht kent een sterke familiale component. Verscheidene tweelingen- en adoptiestudies benadrukken de rol van de aanlegfactor binnen de etiologie van

overgewicht (Braet & Joossens, 2007). Naast deze genetische route blijkt ook het gezin een belangrijke invloed uit te oefenen. De ouders bepalen niet alleen welke boodschappen er in huis worden gehaald en welk voedsel beschikbaar is voor de consumptie, maar zij bieden ook een voorbeeld wat door middel van imitatiegedrag bij het kind terecht kan komen. Daarnaast kunnen ouders met reacties op de gedragingen van hun kind bepaalde gedragingen aan- of afleren. Volgens deze studie kunnen voeding en opvoeding dus niet los van elkaar worden gezien (Braet & Joossens, 2007). In een onderzoek door Boere-Boonekamp et al., (2008) is geconcludeerd dat, wanneer er in gezinnen bij jonge kinderen frequent gedrag zoals emotioneel eten voorkwam, op latere leeftijd een verband bestaat met overgewicht. In dit onderzoek wordt ook aangegeven dat het risico op obesitas groter is bij gezinnen met een lagere sociaaleconomische status, wanneer één van beide ouders obesitas of overgewicht heeft en bij allochtone bevolkingsgroepen. In gezinnen waar een kind was met overgewicht, zijn er een aantal gezinnen die aangeven niet te ontbijten, een groep die aangeeft dat er voor de televisie mag worden ontbeten, een grote groep gezinnen die aangeven zich minder bezig te houden met bewegen en de gezinnen geven aan dat er vaak frisdrank in huis is omdat de kinderen water niet lekker vinden.

Samengevat betekent dit dat er door de bestaande onderzoeken bekend is geworden dat het ontwikkelen van obesitas bij kinderen mede komt door het gezinsklimaat. Het lijkt dus raadzaam te kiezen voor een behandeling met de medewerking van het gezin wanneer een kind eenmaal obesitas heeft.

2.3. Diabetes type I

Zoals vermeld in het eerste hoofdstuk is bij type I diabetes, ook wel suikerziekte genoemd, de insulineproductie verstoord. Dit komt door een fout in het afweersysteem. Om onbekende redenen vallen cellen van het afweersysteem de bètacellen in de alvleesklier aan en beschadigen deze. Het lichaam kan dan onvoldoende insuline aanmaken voor eigen gebruik. In het bloed worden daardoor verhoogde bloedsuikerwaarden gemeten. In tegenstelling tot diabetes type 2, wordt diabetes type I niet veroorzaakt door een ongezonde levensstijl (Diabeter, 2019).

Er zijn in Nederland circa 15000 kinderen met diabetes type I (Juvenile Diabetes Research Foundation, 2018). De impact van diabetes type I bij kinderen is groot, zowel voor de kinderen zelf als voor de rest van de familie en omgeving. Kinderen met diabetes type I dienen immers constant hun bloedglucosespiegel in de gaten te houden en dagelijks meerdere keren insuline-injecties toe te dienen of altijd een insulinepomp aan het lichaam te dragen. Mensen met diabetes type I hebben een verhoogd risico op ernstige complicaties als hart-, oog- en nieraandoeningen, zenuwbeschadigingen en beroertes (Juvenile Diabetes Research Foundation, 2018).

Volgens onderzoek van Debbaut (2018) naar het ‘mindful’ omgaan met een kind met diabetes, is diabetes type I een chronische ziekte die een strikt behandelingschema vraagt. De verantwoordelijkheid voor het naleven van dit behandelingschema ligt bij jonge kinderen met name bij de ouders. Voor ouders kan dit belastend zijn. Vorengenoemd onderzoek toont aan dat moeders meer stress ervaren door de diabetes dan vaders. Gezinnen laten echter, ondanks dat dit veel inspanning vergt, doorgaans een grote veerkracht zien in het omgaan met de ziekte van het kind. Desondanks kan dit op lange termijn alsnog stress en angst met zich meebrengen (Debbaut, 2018). Een andere uitdaging die in dit onderzoek voor ouders wordt genoemd is het zorgdragen van een goede balans tussen een juist medicijngebruik enerzijds en voldoende autonomie en vrijheid voor het kind anderzijds.

Het onderzoek van Vandecasteele (2018) over invloed van ouderlijke zorgen op de omgang met een chronisch ziek kind bevestigt het beeld van Debbaut (2018) dat de moeder meer stress ervaart bij een kind met diabetes. Bij de moeder bestaat een constant verhoogde waakzaamheid en een verhoogd gevoel van verantwoordelijkheid. Deze stress neemt blijkens het onderzoek toe wanneer het kind van de lagere school naar de middelbare school gaat. Hierdoor moeten ouders meer zorg uit handen geven en dit zorgt voor een verhoogde ouderlijke stress. Deze ouderlijke stress zorgt ook voor een verlaging van kwaliteit van leven voor de ouders (Vandecasteele, 2018). Stress en angst kunnen op de lange termijn zorgen voor gezondheidsproblemen bij de ouders. Ouders zijn daarnaast bang dat hun kinderen niet dezelfde kansen krijgen in het leven als anderen door de uitdagingen die zij tegenkomen. Kinderen delen deze angst niet. Enkel wanneer er moeilijke, diabetes-gerelateerde situaties optreden zoals gezinsconflicten over de ziekte of dat er door de gezinsleden op een negatieve manier gecommuniceerd wordt over diabetes, dan blijken de jongeren minder goed in hun vel te zitten (Laffel et. al, 2003). Er wordt in deze studie tot slot opgemerkt dat ook andere gezinsleden, zoals broers en zussen, kunnen ervaren dat er meer aandacht aan het kind met diabetes wordt gegeven en dat zij zich achtergesteld kunnen voelen.

Samenvattend kan gesteld worden dat diabetes vooral voor de ouders voor meer stress lijkt te zorgen. Kinderen hoeven deze zorgen niet per se te delen, maar kunnen het soms wel aan de ouders merken. Ook kan het vervelend zijn voor andere gezinsleden dat er zoveel aandacht uitgaat naar de diabetes van hun broer of zus. Daarnaast wordt er gevraagd om een grote verantwoordelijkheid bij zowel ouders als het kind.

2.4. Moeilijk behandelbaar astma

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspnoe (benauwdheid, het gevoel niet genoeg lucht te krijgen), piepen op de borst en/of hoesten. Astma komt veel voor bij kinderen, de prevalentie is 5 á 10 procent (NVK, 2013). De huisarts is bij een vermoeden op astma extra alert op de volgende factoren die een indicatie kunnen zijn voor astma: ernst, duur en patroon van luchtwegklachten, aanwijzingen voor allergische prikkels, aanwijzingen voor niet-allergische prikkels, voorgeschiedenis en familie (Bindels et al., 2014). Dit omdat astma veel voorkomend is.

Volgens een onderzoek uitgevoerd door Lanting & Heerdink (2013) heeft astma grote gevolgen in het dagelijks leven voor het kind en de ouders. Kinderen met astma kunnen zich moe en uitgeput voelen ten gevolge van aanvallen van benauwdheid en nachtelijk hoesten. Daardoor zijn ze beperkt in hun dagelijkse bezigheden, waaronder school, studie, werk, sport en spel. Astma is een belangrijke oorzaak van schoolverzuim. Kinderen met astma missen twee tot vijftien schooldagen extra per jaar, vergeleken met kinderen zonder astma. Bij adequate behandeling blijven de gevolgen voor het dagelijkse leven meestal beperkt (Lanting & Heerdink, 2013).

Uit onderzoek van Meijer (1993) naar gezinnen met een kind met astma blijkt dat een grote mate van betrokkenheid van gezinsleden en een structurele aanpassing positief kunnen worden gezien voor het welzijn van het chronisch zieke kind. Merkus & Tibosch (2010) geven aan dat het voor kinderen en ouders een grote last kan zijn dat altijd gedacht moet worden aan het vermijden van bepaalde prikkels en het meedragen van medicijnen. Daarnaast kan de onvoorspelbaarheid van mogelijke aanvallen voor angst zorgen. Het is voor ouders beangstigend om een astma-aanval te zien, het kind krijgt letterlijk te weinig lucht. Astma is niet zichtbaar en wordt hierdoor niet altijd door de omgeving begrepen. Sommige ouders

geven aan meer te relativiseren, gezondheid meer te waarderen en meer te genieten van de alledaagse dingen. Het is de bedoeling dat ouders en kinderen de ziekte zelf managen, omdat de bezoeken aan de verschillende artsen voor ongemakken kunnen zorgen in de planning van het gezin. Dit zelfmanagement vermindert symptomen, klachten en beperkingen en geeft ouders en patiënten het gevoel dat de astma beheersbaar is (Merkus & Tibosch, 2010).

Wijga, van Buul & Zuidgeest (2011) hebben onderzoek gedaan naar astmamedicatie en de kennis en attituden van de ouders. Kennis- en informatievoorziening aan ouders bleken belangrijk voor een goed medicijngebruik van kinderen. Daarnaast gaven ouders een aantal redenen waarom zij moeilijkheden ervaarden bij het onder controle houden van de astma. Een van deze redenen was wederom de onvoorspelbaarheid van de luchtwegklachten. Daarbij werden als andere redenen genoemd dat de oorzaak van de klacht niet achterhaald kon worden, maar ook dat ouders te weinig weten over de omstandigheden waardoor de klachten verergeren. In dit onderzoek werd geconstateerd dat 90% van de geteste doelgroep zichzelf in staat achtte om klachten zoals piepen/benauwdheid of een astma-aanval positief te beïnvloeden. Hoesten werd als moeilijker ervaren.

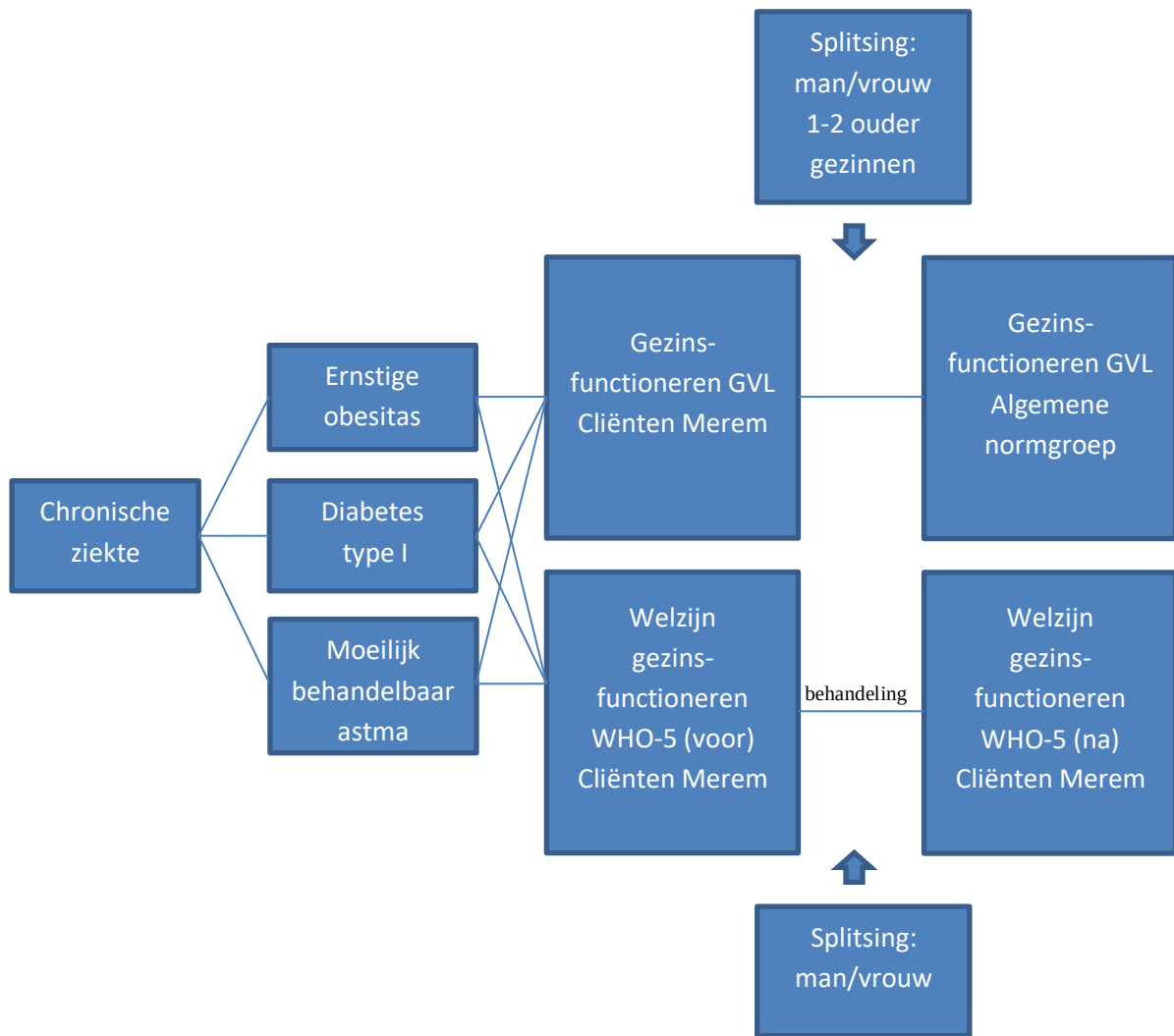
Een ander onderzoek naar de problemen bij astmamedicatie is gedaan door Uijen (2011). Hij trok na zijn onderzoek de conclusie dat er meestal bronchusverwijders en corticosteroïden worden voorgeschreven voor kinderen met astma. Aan de inhalatietechniek en therapietrouw van de patiënten valt nog veel te verbeteren. Uijen meent dat het meegeven van schriftelijke uitleg en het meer betrekken van de ouders bij de inhalatie-instructie hier de uitkomst zouden kunnen bieden.

Resumerend kan gezegd worden dat er een grote mate van betrokkenheid benodigd is bij ouders die een kind hebben met astma. Dit voor zowel controle als medicijngebruik. Het medicijngebruik en de therapietrouw blijken voor de groep kinderen met astma de grootste problemen te zijn. Daarnaast is het ook lastig voor kinderen om prikkels die klachten uitlokken te vermijden. Toch acht de grootste groep kinderen met astma zichzelf in staat om klachten positief te beïnvloeden.

2.5. Samenvatting en conceptueel model

Uit voorgaande paragrafen is onder andere gebleken dat ouders van kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma stress- en angstklachten ervaren. Daarbij is gebleken dat gezinnen moeilijkheden ervaren bij de omgang met de chronische ziekte. Nu zal onderzocht worden of dit ook geldt voor de kinderen en ouders die in behandeling zijn bij behandelcentrum Merem. Daartoe is het volgende conceptuele model opgesteld (figuur 1).

In figuur 1 is zichtbaar dat er drie chronische ziekten zijn waar aandacht aan wordt besteed in dit onderzoek. Voor zowel de GVL als de WHO-5 die bij Merem worden ingezet, zijn voor alle chronische ziekten gegevens beschikbaar. Bij de GVL kunnen een aantal splitsingsvariabelen worden aangehouden, namelijk de splitsing tussen mannen en vrouwen, ook wel vaders of moeders. Er bestaat ook onderscheid tussen een- of twee oudergezinnen. Verder zal er bij de GVL ook gekeken worden naar de verschillende subschalen bij de chronische ziekten. De WHO-5 kent eveneens de man/vrouw splitsing. Er zijn zowel voor- als nametingen beschikbaar.



Figuur 1: Conceptueel model

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven over het onderzoeksdesign en vervolgens wordt de doelgroep beschreven. Daarna komen de onderzoeksmiddelen aan bod, gevolgd door de onderzoeksprocedures en ten slotte volgen de hypothesen en statistische analyses.

3.1. Onderzoeksdesign

In dit onderzoek vindt een secundaire data-analyse plaats waarbij gebruik wordt gemaakt van een dataset die al in eerder onderzoek is aangewend. De dataset wordt dan nog een keer gebruikt, maar dit keer om een andere vraag te beantwoorden. Statistische overzichten worden op deze manier hergebruikt en dit wordt kwantitatief bureauonderzoek genoemd (Verhoeven, 2014). De onderzoeksgegevens van de GVL worden aangeleverd in een SPSS bestand. Het andere databestand van de WHO-5 zal op dezelfde manier worden aangeleverd. Ook hier gaat het om een secundaire data-analyse. De gegevens zijn namelijk al bekend, alleen nog niet compleet. De WHO-5 voor- en nametingen zijn dus gezamenlijk de effectmeting. De GVL zal worden vergeleken met de normgroep.

3.2. Onderzoeksdoelgroepen

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit de ouders van kinderen die met een chronische ziekte tijdelijk binnen Merem behandelcentrum worden opgenomen. Hierin zijn de ouders van kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma te onderscheiden. De ouders hebben hiervoor de GVL en WHO-5 ingevuld op de dag van de opname van het kind. Vervolgens vullen zij de WHO-5 opnieuw in op de dag dat het kind met ontslag gaat en dus weer wordt opgehaald. De GVL wordt sinds 2015 binnen Merem ingezet. De WHO-5 is sinds 2015 binnen Merem beschikbaar, maar wordt sinds 2016 actief ingezet. In onderstaande tabellen is weergegeven hoeveel ouders van kinderen van elke doelgroep er in de periode van 2015 tot en met 2018 de vragenlijsten hebben ingevuld.

Tabel 1:

Aantal respondenten bij de GVL

	Obesitas	Diabetes	Astma	Totaal
GVL	219	69	105	393

Tabel 2:

Aantal respondenten bij de WHO-5

	Obesitas	Diabetes	Astma	Totaal
WHO-5 voor	101	49	38	188
WHO-5 na	101	49	38	188

Voor de WHO-5 is ervoor gekozen om alleen de ouders van patiënten mee te nemen die zowel een voor- als een nameting hebben ingevuld. Dit omdat het doel van dit onderzoek is om bepaalde conclusies te trekken over het effect van de behandeling. Wanneer alle metingen meegenomen worden, komt er mogelijk een vertekend resultaat uit. De reden dat nameting soms niet wordt ingevuld is dat de ouders van patiënten deze invullen op de laatste dag. Ouders komen hiervoor niet altijd allebei, terwijl ze er bij opname dan wel beiden waren. Hierdoor mist er regelmatig een meting. Het kan eveneens voorkomen dat de ene ouder het kind wegbrengt op de dag van opname en dat de andere ouder het kind weer ophaalt bij

ontslag. Op deze manier kunnen zo ook missende waarden ontstaan. Er is gewerkt met niet te achterhalen patiëntnummers om de anonimiteit van de patiënten te waarborgen.

3.3. Onderzoeksinstrumenten

De gezinsvragenlijst (GVL) is ontworpen om de kwaliteit van de gezins- en opvoedingsomstandigheden van kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar te bepalen (van der Ploeg & Scholte, 2008). Het instrument bestaat uit vijf basisschalen die tezamen het totale gezinsfunctioneren weergeven. De specifieke aspecten die in kaart worden gebracht zijn:

1. Responsiviteit: de opvoedingsrelatie van de ouders met het kind;
2. Communicatie: de communicatie van de ouders met het kind;
3. Organisatie: de context waarbinnen de gezinsrelaties plaatsvinden;
4. Partnerrelatie: de onderlinge relatie tussen de ouders;
5. Sociaal netwerk: de relaties van het gezin met de omgeving.

De GVL telt 45 stellingen, waarbij aan elke schaal negen items worden gewijd. Ouders geven aan in hoeverre zij het met iedere bewering eens zijn. Er wordt een 5-punts Likertschaal gehanteerd met de volgende antwoordmogelijkheden: volledig oneens, tamelijk oneens, eens noch oneens, tamelijk eens en volledig eens.

Bij Merem wordt de GVL op de computer ingevuld in een programma dat Klinilyzer wordt genoemd. Wanneer de vragenlijst is opgeslagen, zijn de ruwe scores op de laatste bladzijde te vinden. Daarbij is zichtbaar in welk deciel deze scores vallen. In dit onderzoek zal gewerkt worden met de ruwe scores. Hier is voor gekozen, omdat zo de scores nauwkeuriger vergeleken kunnen worden. Wanneer wordt gewerkt met decielen, zijn er immers slechts tien mogelijkheden waarin een ouder kan scoren. Daarmee zou het lastiger zijn om statistisch significante verschillen te ontdekken dan bij de ruwe scores. De ruwe scores van de ouders van de patiënten bij Merem zullen vergeleken worden met de ruwe scores van de normgroep.

Uit de handleiding van de GVL (van der Ploeg & Scholte, 2008) blijkt dat de normgroep van de GVL bestaat uit een representatieve steekproef van 2450 gezinnen met schoolgaande kinderen tussen de 4 en 18 jaar oud. Deze algemene normgroep bevat 82% vrouwen (moeders) en 18% mannen (vaders). De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 10,5 jaar. De groep kinderen omvat 50% jongens en 50% meisjes. De GVL is door de COTAN op de zeven hoofdcriteria beoordeeld, wat op alle criteria een 'goed' opleverde (Beoordeling - COTAN Documentatie, z.d.).

De WHO-5 (WHO-5 Questionnaires, 2007) is een welzijnsindex. Deze wordt de ouders aangeboden bij de opname en het ontslag van de patiënten. Hierin krijgen ze vijf stellingen aangeboden, waarbij de ouders moeten aangeven welke van de mogelijkheden hun stemming het beste weergeeft gelet op de afgelopen twee weken. Het gaat om de volgende vijf stellingen:

1. Ik voelde me vrolijk en in een opperbeste stemming.
2. Ik voelde me rustig en ontspannen.
3. Ik voelde me actief en doelbewust.
4. Ik voelde me fris en uitgerust wanneer ik wakker werd.
5. Mijn dagelijkse leven was gevuld met dingen die me interesseren.

Deze vijf vragen kunnen worden beantwoord met de volgende mogelijkheden: constant (5), meestal (4) meer dan de helft van de tijd (3), minder dan de helft van de tijd (2), soms (1) of

helemaal niet (0). De ruwe score is te vinden op de controlepagina in Klinilyzer. Deze moet nog met 4 vermenigvuldigd worden en dit maakt dan de totaalscore. Elke Likertscore wordt dus met 4 vermenigvuldigd, waardoor de totaalscore een getal tussen de 0 en de 100 wordt. Deze totaalscore geeft de mate van welzijn van ouders weer.

Deze vragenlijst is beschikbaar in verschillende talen en is om deze reden goed inzetbaar bij verschillende nationaliteiten. Daarnaast blijkt het ook een goed instrument te zijn bij het meten van stress bij ouders met een kind met diabetes (WHO-5 Questionnaires 2007). Aangezien de vragenlijst uit slechts vijf vragen bestaat, is hiervoor geen COTAN-beoordeling beschikbaar. Deze vragenlijst wordt bij opname en ontslag door de ouders ingevuld. Daarom wordt in dit onderzoek een effectmeting uitgevoerd, waarmee bepaald kan worden of de huidige behandeling een effect op het welzijn van de ouders teweegbrengt.

3.4. Onderzoeksprocedures

De informatie die is ingewonnen om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden, is verkregen door middel van literatuuronderzoek. De opdrachtgever beschikt over zowel het databestand als aanvullende informatie over de patiënten. In Klinilyzer staan eveneens de gegevens per patiënt, zoals geslacht, leeftijd, ouders en aanmeldingsreden. De gegevens zijn aangeleverd in een Excelbestand welke vervolgens is omgezet in een database van SPSS (versie 24, IBM, 2016).

De gegevens die in SPSS zijn omgezet, moesten nog worden bewerkt op de volgende punten. Allereerst dienden de namen van de patiënten te worden verwijderd. Vervolgens zijn de verschillende benamingen voor obesitas (klinische obesitas, obesitas dagbehandeling en 4 weeks obesitas) bij de GVL samengevoegd tot één naam: obesitas. Daarna is onderzocht hoeveel metingen er ingevuld waren per aanmeldingsreden. Dit is weergegeven in tabel 1 in paragraaf 3.2. Voor de WHO-5 is tot slot een nieuw bestand gemaakt, omdat bepaalde gegevens ontbraken die wel in de patiëntverslagen terug te vinden waren. Door dit nieuwe bestand kwamen meer gegevens beschikbaar.

3.5. Hypothesen en statistische analyses

Het literatuuronderzoek heeft aanleiding gegeven tot het opstellen van de volgende hypothesen:

1. De ouders wiens kinderen met ernstige obesitas in Merem worden opgenomen, beoordelen de gemiddelde mate van ervaren responsiviteit bij de GVL in het gezin statistisch significant hoger ($p < 0,05$) dan het gemiddelde van de normgroep (14,1). Deze hypothese is opgesteld op basis van de in hoofdstuk 2 verkregen informatie dat ouders het eetgedrag van hun te dikke kinderen trachten te controleren, maar dat zij het thuis beschikbaar stellen van ongezond eten onvoldoende veranderen. Het kind wordt geconfronteerd met dit eten en de kans dat het kind dan opgeeft is groot. Met de schaal responsiviteit wordt de opvoedingsrelatie van de ouders met het kind gemeten. De t-toets voor onafhankelijke steekproeven zal hier worden gebruikt. De hypothese wordt aangenomen wanneer de gemiddelde score van responsiviteit van ouders met een kind met ernstige obesitas, statistisch significant hoger is dan het gemiddelde van de normgroep. Wanneer dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.
2. Bij chronische ziekten ervaren moeders statistisch significant meer ($p < 0,025$) stress dan vaders, volgens de WHO-5. Deze hypothese is tot stand gekomen door de eerder genoemde informatie uit hoofdstuk 2 dat moeders meer stress blijken te ervaren bij de chronische ziekte dan vaders. Wanneer meer stress wordt ervaren, mag ook een lagere

score op het welzijn worden verwacht. De t-toets voor onafhankelijke steekproeven zal hier worden gebruikt. Wanneer de score van de moeders statistisch significant hoger is dan die van de vaders, wordt de hypothese aangenomen. Is dit niet het geval, dan wordt de hypothese verworpen.

3. Ouders van een kind met astma ervaren gemiddeld een statistisch significant ($p < 0,05$) verhoogde mate van structuur en controle, zoals gescoord op de GVL, dan de gezinnen van de normgroep. Deze hypothese is opgesteld op basis van de informatie die in hoofdstuk 2 is genoemd, namelijk dat ouders door het regelmatige medicijngebruik en het vermijden van de prikkels, uiteindelijk een hogere mate van structuur en controle benoemen. Dit zal getest worden door de gemiddelde scores van ouders met een kind met astma op de schaal Organisatie van de GVL te vergelijken met de gemiddelde scores van de normgroep door middel van een onafhankelijke t-toets. Wanneer ouders met een kind met astma statistisch significant lager scoren dan de normgroep, wordt deze hypothese aangenomen. Wanneer dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.
4. Na behandeling bij Merem is het welzijn van de ouders statistisch significant ($p < 0,025$) gestegen, gemeten met de WHO-5. Dit wordt verwacht omdat er, zoals aangegeven in hoofdstuk 1, in de behandeling bij Merem wordt beoogd om grip te krijgen op de chronische ziekte. Indien dit effectief werkt, wordt er ook verwacht dat het welzijn van de ouders statistisch significant zal stijgen. Dit zal getest worden met de t-toets voor afhankelijke steekproeven. Wanneer de scores van de nametingen statistisch significant hoger zijn dan de scores van de voormetingen, wordt de hypothese aangenomen. Indien dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.
5. De gemiddelde totaalscores van de Merem doelgroepen bij chronische ziekten verschillen statistisch significant ($p < 0,05$) met de gemiddelden van de totaalscores van de normgroep van de GVL. Dit wordt verwacht aangezien uit de informatie van hoofdstuk 2 bleek dat het kind en de ouders zich moeten aanpassen aan een nieuwe situatie wanneer er sprake is van een chronische ziekte en dat dit kan leiden tot emotionele problemen en gedragsproblemen binnen het gezin. Deze werden samengevat als reacties op verandering, stress, dreiging, onzekerheid, verlies, veranderde stemming en angst. Dit zal getest worden door per doelgroep een t-toets voor een onafhankelijke steekproef uit te voeren. Wanneer deze scores bij alle doelgroepen statistisch significant hoger zijn, wordt de hypothese aangenomen. Indien dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.
6. Er zal binnen Merem tussen een- en twee oudergezinnen geen statistisch significant verschil ($p > 0,05$) bestaan in de totaalscores van de GVL. Dit is niet gebleken uit de literatuur, maar in de GVL worden deze scores apart gerapporteerd en daarom is het interessant om te ontdekken of zich hier een verschil voordoet. Dit kan getest worden door een onafhankelijke t-test te doen bij de totaalscores met- en zonder partnerrelatie. Deze hypothese wordt aangenomen wanneer de totaalscores met- en zonder partnerrelatie geen statistisch significant verschil laten zien en wanneer dit wel het geval is wordt de hypothese verworpen.
7. Er zijn in de totaalscores van de WHO-5 statistisch significante verschillen ($p < 0,05$) tussen de effecten bij de drie doelgroepen: ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma te ontdekken. Deze hypothese is tot stand gekomen uit de verwachting vanuit de literatuur dat de chronische ziekten onderling in klachten in het gezin erg verschillen. Dit kan worden getest met de eenzijdige anova-toets. Deze hypothese wordt aangenomen wanneer het verschil in de gemiddelden tussen de groepen statistisch significant is. Wanneer dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.

8. De aard van de chronische ziekte zorgt voor een statistisch significant verschil ($p < 0,05$) op de totaalscore tussen de doelgroepen. Net als bij de vorige hypothese, is er in de literatuur in hoofdstuk 2 vermeld dat de chronische ziekten onderling in klachten in het gezin erg verschillen. Dit kan eveneens getest worden met de eenzijdige anova-toets. De hypothese wordt aangenomen wanneer het verschil in gemiddelden tussen de groepen statistisch significant is. Wanneer dit niet het geval is, wordt de hypothese verworpen.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk zal de uitvoering van het onderzoek aan bod komen, gevolgd door de respons van het onderzoek. Er wordt hierna een paragraaf gewijd aan de resultaten van het onderzoek. De slotparagraaf beslaat de hypothesetoetsing.

4.1. Uitvoering

Het onderzoek is in grote mate uitgevoerd volgens de voorspelling en onderzoeksopzet zoals genoemd in hoofdstuk 3. Gedurende het onderzoek zijn de volgende afwijkingen gemaakt op de onderzoeksopzet. De data van de WHO-5 en de GVL zouden vanuit de organisatie aangeleverd worden in SPSS. Deze gegevens zijn uiteindelijk aangeleverd in een Excel-bestand en niet alle gegevens die nodig waren, waren in dit bestand te vinden. Hierdoor moest er nog veel in het GVL bestand veranderd worden en bleek het WHO-5 bestand zelfs onbruikbaar. Er moest nog gezocht worden naar de nametingen van de WHO-5 aangezien deze niet in het systeem terug te vinden waren en er hierdoor in het aangeleverde bestand, niet genoeg informatie aanwezig was om betrouwbare resultaten te bewerkstelligen. Om deze reden is er een nieuw bestand gemaakt en zijn de gegevens van alle patiënten nagezocht in de verslagen die destijds voor hen gemaakt waren. Dit om deze gegevens ook te kunnen gebruiken en een grotere onderzoeksdoelgroep te kunnen bewerkstelligen. Hierdoor is de respons van de WHO-5 een stuk groter geworden, maar is er ook veel tijd verloren gegaan bij de dataverzameling.

De overige onderdelen die in de onderzoeksopzet zijn genoemd, zijn precies gegaan volgens planning. Hierdoor is er niet veel tijd verloren gegaan en hierdoor zijn er ook heldere resultaten uit het onderzoek gekomen.

4.2. Respons

De respons van het onderzoek zijn de beschikbare gegevens van de patiënten. Omdat de patiënten volledig anoniem blijven, blijft de toestemming van de patiënten buiten beschouwing en kunnen alle beschikbare gegevens ook gebruikt worden. Dit omdat de patiënten bij invulling toestemming hebben gegeven de data anoniem te kunnen gebruiken.

In het eerste bestand wat aangeleverd werd van de WHO-5, waren er in totaal 83 nametingen beschikbaar van ouders van patiënten. Na extra onderzoek bleken er uiteindelijk 188 ouders van patiënten te zijn die zowel een voor- als een nameting hadden ingevuld. De respons voor de WHO-5 is dus 188 ouders, want deze zijn in een bestand toegevoegd om mee te nemen in de resultaten. Van deze 188 ouders waren er 101 ouders met een kind met ernstige obesitas, 49 ouders met een kind met diabetes type I en 38 ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma.

Het bestand van de GVL bevatte de gegevens van in totaal 393 ouders van patiënten. Hiervan waren er 219 ouders met een kind met ernstige obesitas, 69 ouders met een kind met diabetes type I en 105 ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma. Deze gegevens zijn allemaal meegenomen in de resultaten. Ook voor deze vragenlijst geldt dat de namen uit de onderzoeken zijn verwijderd en dat de patiënten anoniem blijven.

4.3. Resultaten

De resultaten worden weergegeven in tabellen waarna steeds een korte toelichting zal worden gegeven. In paragraaf 4.4 worden vervolgens de hypothesen beantwoord.

Tabel 3:

Gemiddelde totaalscores met de statistische significantie van het verschil met de normgroep van de GVL

Doelgroepen:	Obesitas (n=219)	Diabetes (n=69)	Astma (n=105)	Normgroep
Totaal gem. met partner	88,64	92,00	80,45	78,6
Sig	P=0,0	P=0,0	P=0,342	
Totaal gem. zonder partner	74,22	76,33	65,25	63,9
Sig	P=0,0	P=0,0	P=0,277	

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel zijn de scores van ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I statistisch significant hoger (en dus negatiever) dan de normgroep. De scores van de ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma zijn niet statistisch significant afwijkend van de normgroep.

Tabel 4:

Gemiddelde totaalscores op de subschalen met de statistische significantie van het verschil met de normgroep van de GVL

Doelgroepen:	Obesitas (n=219)	Diabetes (n=69)	Astma (n=105)	Normgroep
Sub: Responsiviteit	14,84	15,97	13,82	14,1
Sig	P=0,022	P=0,001	P=0,452	
Sub: Communicatie	21,05	22,25	18,77	17,7
Sig:	P=0,0	P=0,0	P=0,035	
Sub: Organisatie	18,89	19,58	16,60	15,7
Sig:	P=0,0	P=0,0	P=0,024	
Sub: Partnerrelatie	18,34	18,34	18,01	15,3
Sig:	P=0,0	P=0,001	P=0,002	
Sub: Sociaal netwerk	19,25	18,77	17,3	16,4
Sig:	P=0,0	P=0,0	P=0,229	

In bovenstaande tabel is zichtbaar dat de ouders met een kind met ernstige obesitas op alle subschalen statistisch significant hoger scoren dan de normgroep. Hetzelfde is te vinden over de ouders met een kind met diabetes type I. Bij ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma valt op dat zij op de subschaal partnerrelatie statistisch significant hoger scoren. Op de overige subschalen zijn geen statistisch significante verschillen ontdekt.

Tabel 5:

Gemiddelde scores per doelgroep van de voor- en nameting inclusief het statistisch significante verschil

Doelgroepen:	Obesitas (n=101)	Diabetes (n=49)	Astma (n=38)
WHO-5 ouders voormeting	59,45	54,61	63,68
WHO-5 ouders nameting	66,91	63,51	69,58
WHO-5 verschil	7,46	8,9	5,9
Sig:	P=0,0	P=0,0	P=0,0

Uit tabel 5 blijkt dat ouders met een kind met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma na behandeling allemaal een statistisch significante verbetering in het gemiddelde welzijn ervaren. Het blijkt dat, onafhankelijk van de chronische ziekte, de gemiddelde mate van welzijn statistisch significant is toegenomen.

Tabel 6:

Scores vaders en moeders en hun onderlinge statistisch significante verschillen bij de WHO-5

Doelgroep	Vaders	Moeders	Sig
Score voormeting	64,11	55,97	P=0,015
Score nameting en	69,97	64,50	P=0,01
Sig voor/na:	P=0,0	P=0,0	

Uit bovenstaande tabel blijkt dat vaders een statistisch significant hogere score aangeven op het welzijn dan moeders. Dit blijkt uit zowel de voor- als de nameting. Ook is er voor zowel de vaders als de moeders een statistisch significante verbetering waarneembaar in het welzijn na behandeling bij Merem.

4.4. Hypothesetoetsing

1. De ouders wiens kinderen met ernstige obesitas in Merem worden opgenomen, beoordelen de gemiddelde mate van ervaren responsiviteit bij de GVL in het gezin statistisch significant hoger ($p < 0,05$) dan het gemiddelde van de normgroep (14,1). Deze hypothese kan worden aangenomen.
2. Bij chronische ziekten ervaren moeders statistisch significant meer ($p < 0,025$) stress dan vaders, volgens de WHO-5. De hypothese mag worden aangenomen.
3. Ouders van een kind met astma ervaren gemiddeld een statistisch significante ($p < 0,05$) verhoogde mate van structuur en controle, zoals gescoord op de GVL, dan de gezinnen van de normgroep. Deze hypothese kan worden verworpen. Er wordt niet statistisch significant lager op de schaal organisatie gescoord.
4. Na behandeling bij Merem is het welzijn van de ouders statistisch significant ($p < 0,025$) gestegen, gemeten met de WHO-5. Deze hypothese kan worden aangenomen. Zowel vaders als moeders (tabel 6) laten apart een statistisch significant verhoogde mate van welzijn zien. Dit geldt eveneens voor de groepen vaders en moeders samen (tabel 5).
5. De gemiddelde totaalscores van de Merem doelgroepen bij chronische ziekten verschillen statistisch significant ($p < 0,05$) met de gemiddelden van de totaalscores van de normgroep van de GVL. Voor de groepen ernstige obesitas en diabetes type I wordt dit verschil gevonden. Voor ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma wordt dit verschil echter niet aangetoond. Daarom wordt deze hypothese verworpen.
6. Er zal binnen Merem tussen een- en twee oudergezinnen geen statistisch significant verschil ($p > 0,05$) bestaan in de totaalscores van de GVL. Bij ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I wordt er bij zowel ouders met- als zonder partnerrelatie een statistisch significant verschil gevonden. Bij ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma wordt bij zowel wel- als geen partnerrelatie geen statistisch significant verschil gevonden. Hierdoor kan de hypothese worden aangenomen.
7. Er zijn in de totaalscores van de WHO-5 statistisch significante verschillen ($p < 0,05$) tussen de effecten bij de drie doelgroepen: ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma te vinden. Aan de hand van de eenzijdige anova-toets blijkt een verschil tussen de doelgroepen van $p = 0,168$ bij de voormetingen. Er is dus

geen statistisch significant verschil gevonden tussen deze doelgroepen. Deze hypothese kan daarom worden verworpen.

8. De aard van de chronische ziekte zorgt voor een statistisch significant verschil ($p < 0,05$) op de totaalscore tussen de doelgroepen. Wanneer de scores met partnerrelatie worden vergeleken tussen de doelgroepen is de score $p = 0,005$, wat een statistisch significant verschil betekent. De scores van de doelgroepen zonder partnerrelatie verschillen $p = 0,0$, wat eveneens duidt op een statistisch significant verschil. De hypothese kan dus worden aangenomen.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bestaat uit twee paragrafen. In de eerste paragraaf wordt antwoord gegeven de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Hierna volgt de discussie. Vervolgens wordt een conclusie getrokken en worden ook de beperkingen van het onderzoek behandeld. De tweede paragraaf bevat de aanbevelingen.

5.1. Conclusie en discussie

5.1.1: Beantwoording onderzoeksvraag deelvragen

De eerste deelvraag die wordt beantwoord luidt: ‘Wat zijn de gemiddelde scores van de totaalscore met- en zonder partnerrelatie van de gezinsvragenlijst (GVL) van de normgroep en zijn er verschillen te ontdekken met de gemiddelde scores die bij Merem zijn gevonden bij de ouders van de kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?’

Ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I blijken meer problemen met betrekking tot het gezin te ervaren. Dit geldt voor alle subschalen die de test meet. Dit is niet het geval voor ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma. Dit is nuttige informatie voor de opdrachtgever, omdat Merem zich dan meer op de ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I kan richten. Deze ouders hebben duidelijk meer begeleiding nodig op het gezinsfunctioneren dan de ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma.

De tweede deelvraag luidt: ‘Hoe beoordelen ouders, die een kind met een chronische ziekte hebben, hun welzijn op een schaal van 1 tot 100, gemeten met de WHO-5? Bestaan er verschillen tussen ouders met kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?’

Uit de resultaten blijkt dat ouders met een kind met diabetes type I hun welzijn het laagst beoordelen van de drie groepen. Hierna volgen de ouders met een kind met ernstige obesitas. Ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma beoordelen hun welzijn dus het beste van de drie groepen. Voor ouders van een kind met diabetes type I houdt deze lagere score mogelijk verband met het strikte behandelchema en verhoogd gevoel van verantwoordelijkheid bij de ouders (zie ook Debaut, 2018). Dit sluit ook aan bij de conclusie van Vandecasteele (2018) dat de verhoogde ouderlijke stress zorgt voor een lagere kwaliteit van leven.

De derde deelvraag die wordt beantwoord is: ‘In welke mate heeft de huidige behandeling effect op het gezinsfunctioneren volgens de WHO-5 en is er een verschil op te merken tussen ouders met kinderen met ernstige obesitas, diabetes type I en moeilijk behandelbaar astma?’

Bij alle doelgroepen zijn verschillen tussen de voor- en nametingen geconstateerd. De ouders met een kind met diabetes type I laten de grootste verbetering zien. Het is mogelijk dat dit komt doordat kinderen meer grip hebben gekregen op de ziekte en de medicatie. Dit geldt overigens ook voor de overige doelgroepen. Dit verschil kan echter ook deels verklaard worden doordat de ouders de voormeting invullen op de dag van opname. Dit is tevens de dag dat zij hun kind voor behandeling achterlaten bij Merem, wat kan leiden tot een lagere welzijnsscore. De dag dat de nameting wordt ingevuld is de dag dat het kind naar huis mag en hierdoor kunnen de ouders mogelijk een hogere welzijnsscore invullen.

De centrale onderzoeksvraag zal worden beantwoord: ‘In welke mate wijkt het gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen bij

Merem in behandeling zijn, af van het gemiddelde gezinsfunctioneren van gezinnen en in welke mate heeft de huidige behandeling effect op het welzijn en gezinsfunctioneren van gezinnen, die vanwege chronische ziekten van hun kinderen, in behandeling zijn bij Merem?’

Het gezinsfunctioneren wordt lager dan de normgroep beoordeeld door ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I. Dit betekent dat zij het gezinsleven op verschillende aspecten lager dan gemiddeld beoordelen en dus dat zij hier minder tevreden over zijn. Ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma zijn in gemiddelde mate tevreden over het gezinsfunctioneren en ervaren niet meer problemen dan de normgroep. De vraag is waarom ouders met een kind met ernstige obesitas en diabetes type I het gezinsleven gemiddeld lager beoordelen dan ouders met moeilijk behandelbaar astma. Uit literatuuronderzoek (Boere-Boonekamp, 2008) is gebleken dat ernstige obesitas meer voorkomt bij kinderen van allochtone ouders, kinderen van ouders met overgewicht en kinderen uit gezinnen met een sociaal lagere status. Mogelijk betekent dit dat in deze gezinnen naast de ernstige obesitas ook andere problematiek speelt die de beoordeling van het gezinsleven door de ouders negatief beïnvloedt. Om deze conclusie te rechtvaardigen zal echter meer onderzoek moeten worden gedaan.

Op de WHO-5 wordt door ouders met een kind met diabetes type I het welzijn het laagst beoordeeld. Hierna volgen de ouders met een kind met ernstige obesitas en wederom laten ouders met een kind met moeilijk behandelbaar astma de meest gunstige score zien. Wel laten alle groepen een verbetering zien in de voor- en nametingen van deze test. Dat betekent dat de huidige behandeling effect heeft op het welzijn van de ouders.

5.1.2. Discussie

Een paar punten in dit onderzoek vragen extra aandacht. De WHO-5 wordt bij opname en bij ontslag ingevuld. De dag dat de voormeting wordt ingevuld, is ook de eerste dag van de opname en niet lang na het invullen van de lijsten, zullen de ouders naar huis gaan zonder hun kind. Dit kan zorgen voor mogelijk lagere scores van welzijn, omdat ouders dit als moeilijk ervaren. Daarnaast moeten de ouders veel zaken regelen met betrekking tot de opname, zoals de schoolse zaken van het kind, waardoor meer stress kan worden ervaren in de weken voor de opname. Dit kan invloed hebben op de WHO-5 scores aangezien deze vragenlijst wordt ingevuld gekeken naar de afgelopen twee weken inclusief vandaag. De dag dat de nameting wordt gedaan, is tevens de dag dat de ouders de kinderen weer op komen halen en zij weer mee naar huis mogen. Dit zorgt over het algemeen voor een vrolijkere stemming en dit kan ervoor zorgen dat de nametingen hoger uitvallen.

Een ander punt waar rekening mee gehouden dient te worden, is dat de GVL door ouders in de eerste jaren van het gebruik hiervan binnen Merem volledig ingevuld diende te worden. Dit gold ook voor de partnervragen. Indien geen sprake was van een partner, werden deze vragen ingevuld over de ex-partner. In geval van scheiding werden deze vragen mogelijk negatiever ingevuld en dit heeft invloed op de totaalscore. De totaalscores met partnerrelatie kunnen hierdoor zijn beïnvloed.

De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek kunnen op verschillende manieren verbeterd worden. Er zijn nu groepen van verschillende groottes. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, wordt aangeraden om voor vervolgonderzoek steekproefgroepen te nemen die even groot zijn om zo eerlijker en betrouwbaarder te kunnen vergelijken. Het onderzoek heeft gemeten wat het beoogde te meten, maar het is niet per uitstek generaliseerbaar.

De interne consistentie wordt bepaald door de Cronbach's alpha van de hoofdschalen en subschalen van de GVL te berekenen. Het blijkt dat de Cronbach's alpha bij alle schalen en in alle respondentengroepen rond de 0.80 of hoger ligt en het merendeel is groter dan 0.90 (Van der Ploeg & Scholte, 2008). Betrouwbaarheidsmaten van 0.80-0.90 worden als voldoende beschouwd en betrouwbaarheidsmaten van 0.90 en hoger als goed (Evers, van Vliet-Mulder, & Groot, 2006).

5.2. Aanbevelingen

De resultaten uit het onderzoek zullen aan het behandelteam van Merem worden gepresenteerd. Dit om de bevindingen te delen en eventueel kunnen hieruit ook punten gehaald worden om mee te nemen in de behandeling. Er worden ook aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Er is in dit onderzoek met de GVL zowel gewerkt met de totaalscores met- en zonder partnerrelatie als met de totaalscores van de subschalen. De GVL is echter nog op een andere manier in te delen, namelijk in decielen, waarbij deciel 1 staat voor een zeer lage (en dus gunstige) score en deciel 10 voor een zeer hoge (en dus ongunstige) score. Dit is een globalere indeling waarbij sneller te vinden is welke gezinnen als problematisch worden beoordeeld. Wanneer dit onderzoek gedupliceerd wordt, is het aanbevelenswaardig om dit uit te voeren op basis van decielen. Dit zou een mooie aanvulling zijn op dit onderzoek.

De WHO-5 wordt nu op dag van opname en dag van ontslag afgenomen. Zoals eerder benoemd in paragraaf 5.1.2. heeft dit mogelijk invloed op de resultaten. Om dit te voorkomen wordt aanbevolen om de voormeting op de preklinische dag in te vullen (een paar weken voor de opname) en de nameting een week na ontslag. Hierdoor worden de heftigste emoties die gepaard gaan met opname en ontslag mogelijk vermeden. Een kanttekening die hierbij echter gemaakt moet worden is dat de nameting mogelijk niet ingevuld zal worden, doordat de ouders niet meer naar Merem hoeven te komen, waardoor de vragenlijst mogelijk niet wordt teruggestuurd. Een ander nadeel van het afnemen van metingen op dag van ontslag is dat de langetermijneffecten van de behandeling op deze manier niet gemeten worden in de uitslagen. Het is immers mogelijk dat effecten van de behandeling pas na dag van ontslag aan het licht komen. Daarnaast geeft de behandeling en het steeds heen en weer brengen van het kind de nodige stress bij de ouders. Een nameting die een paar weken later gedaan zou worden, zou wellicht de langetermijneffecten wél meten. Anderzijds dient opgemerkt te worden dat hierdoor, gelet op de tijd tussen de behandeling en de nameting, niet uitsluitend uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van de behandeling. Het advies luidt daarom om naast de nameting, een extra meting te doen een paar weken later. Hierdoor kan gecontroleerd worden of de langetermijneffecten van de behandeling een invloed hebben gehad op het welzijn van de ouders.

Merem kan met deze resultaten nog eens kritisch kijken naar de onderzoeksinstrumenten. Is het niet nodig om meer informatie in te winnen? Is het niet nodig om bij lage scores navraag te doen naar de oorzaak hiervan? Ook kan er in de behandeling rekening gehouden worden met de wetenschap dat ouders met een kind met ernstige obesitas en ouders met een kind met diabetes type I, gemiddeld het gezinsfunctioneren lager beoordelen. Het wordt daarom geadviseerd om bij deze gezinnen extra aandacht te besteden aan de scores van de GVL en WHO-5.

De GVL geeft alleen een voormeting. Het is daarom niet duidelijk geworden of het gezinsfunctioneren na de behandeling is verbeterd. Dit is voor Merem nuttige informatie. Wanneer ook bij deze test een nameting wordt gedaan, kan Merem bepalen of de behandeling

effect heeft op het gezinsfunctioneren. De maatschappelijk werker kan uit de informatie die hieruit voortvloeit de behandeling eventueel aanpassen. Wanneer na behandeling geen effect wordt gemeten, wordt het gezinsfunctioneren in de behandeling mogelijk niet genoeg aangesproken. Wanneer er wel effect wordt gemeten, is het belangrijk om te ontdekken waardoor deze verbetering komt en hoe dit gegeneraliseerd kan worden naar de andere gezinnen.

Tot slot wordt aangeraden om onderzoek te doen naar andere meetinstrumenten. Ouders met een kind met een chronische ziekte ervaren immers meer problemen in het gezinsfunctioneren dan normale gezinnen. Een vervolgonderzoek zou daarom een meetinstrument, zoals een andere vragenlijst, moeten bevatten met een normgroep van gezinnen met een kind met een chronische ziekte. Vervolgens beveel ik aan om deze vragenlijst af te zetten tegen de huidige gezinsvragenlijst, om zo te toetsen of verbeteringen waarneembaar zijn.

De TP-professional zou bovenstaande aanbevelingen kunnen doorvoeren in een vervolgonderzoek. Dit om zo nog meer informatie te verzamelen over de genoemde vragenlijsten en de resultaten die hieruit voortvloeien. Zo kan tevens geïnterpreteerd worden of andere vragenlijsten eventueel beter passend zouden zijn of een mooie aanvulling zouden vormen op de huidige vragenlijsten. Ook kan er in samenwerking met een maatschappelijk werker beoordeeld worden welke informatie nog ontbreekt ondanks alle vragenlijsten. Tevens zou een begingsprek met een maatschappelijk werker bij vervolgonderzoek aan te raden zijn omdat deze persoon de gehele opname met de ouders werkt en communiceert. Zo kunnen andere verbeterpunten of sterke punten aan het licht komen bij de behandeling.

Literatuurlijst

- Baan-van der Slootweg, O. H., Nollet, M. N., Weller, F. R., Benninga, M. A., & van Aalderen, W. M. C. (2010, 1 maart). *Ernstige obesitas bij kinderen: een zaak van gewicht*. Geraadpleegd 13 februari 2019, van <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03089886>
- Baarda, B., van Dijkum, C., de Goede, M., & Goede, M. P. M. (2014). *Basisboek statistiek met SPSS*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Beoordeling - COTAN Documentatie. (z.d.). Geraadpleegd 2 mei 2019, van <https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14470/gezinsvragenlijst/>
- Bindels, P., van de Griendt, E. J., Grol, M., van Hensbergen, W., Steenkamer, T., Burgers, J., Tuut, M. (2014). *NHG*. Geraadpleegd 25 februari 2019, van <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1>
- Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Beltman, M., Bruil, J., Dijkstra, N., & Engelberts, A. C. (2008). Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar): gedrag en opvattingen van ouders. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/artikelen/overgewicht-en-obesitas-bij-jonge-kinderen-0-4-jaar-gedrag-en-opvattingen-van-ouders>
- Braet, C., & Joossens, L. (2007). *Kinderen en jongeren met overgewicht. Handleiding voor begeleiders*. Apeldoorn: Garant.
- CBS. (z.d.). *CBS StatLine -Gezondheid en zorggebruik; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken*. Geraadpleegd 11 februari 2019, van <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL>
- Chronische ziekten en multimorbiditeit | Cijfers & Context | Huidige situatie | Volksgezondheidszorg.info*. (z.d.). Geraadpleegd 11 februari 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie>
- Debbaut, K. (2018). *Mindful omgaan met een kind met diabetes*. Geraadpleegd van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/481/847/RUG01-002481847_2018_0001_AC.pdf
- Diabeter. (z.d.). *Type 1 diabetes, Over diabetes, Diabeter : type 1 diabeteszorg*. Geraadpleegd 16 februari 2019, van <https://diabeter.nl/nl/over-diabetes/type1diabetes/>
- Erasmus MC : *Obesitas bij kinderen*. (z.d.). Geraadpleegd 20 februari 2019, van <https://www6.erasmusmc.nl/centrumgezondgewicht/ouders/obesitas/>
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, J. C. (2006). *Documentatie van tests testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Herten, M. (2008). *Een op de vijf kinderen heeft een chronische ziekte*. Geraadpleegd 11 februari 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/49/een-op-de-vijf-kinderen-heeft-chronische-ziekte>
- Huisman, J., Flapper, B. C. T., Kalverdiijk, L. J., L'Hoir, M. P., & van Weel, E. A. F. (2010). *Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen met een chronische ziekte*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Juvenile Diabetes Research Foundation. (2018, 16 maart). *Kinderen en diabetes - JDRF*. Geraadpleegd 25 februari 2019, van https://www.jdrf.nl/kinderen-en-diabetes/?gclid=EAIaIQobChMlisKw8PaU3wIV7xXTCh3veAUqEAAYAAEgIrW_D_BwE
- Laffel, L. M. B., Connell, A., Vangsness, L., Goebel-Fabbri, A., Mansfield, A., & Anderson, B. J. (2003). General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes Care*, 26(11), 3067–3073. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.11.3067>

- Lanting, C. I., & Heerdink, N. (2013). JGZ-Richtlijn “Astma bij kinderen (0-19 jaar)”. *JGZ Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 45(3).
- Meier, A. M. (1993). De waarde van het ‘psychosomatisch gezinsmodel’ bij gezinnen waarin een kind aan astma lijdt. *Directieve Therapie*, 4(357). Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/DT-13-4-357.pdf>
- Merkus, P. J. F. M., & Tibosch, M. (2010). *Leven met astma bij kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mokkink, L. B., van der Lee, J. H., Grootenhuis, M. A., Offringa, M., van Praag, B. M. S., & Heymans, H. S. A. (2007). Omvang en gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen. *Tijdschrift Voor Kindergeneeskunde*, 7–8. Geraadpleegd van https://www.zorgvoorhetziekekind.nl/media/files/Rapport_Mokkink_et_al.pdf.pdf
- NHG. (n.d.). Retrieved February 18, 2019, from <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1>
- NVK. (2013 oktober). *Astma bij kinderen, Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde*. Geraadpleegd 16 februari 2019, van <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-overzicht/Details/articleType/ArticleView/articleId/708/Astma-bij-kinderen>
- Rütten, J. (2009). Overgewicht en obesitas bij kinderen: werken we met de ouder, met het kind of met ouder én kind. *Kind En Adolescent Praktijk*, 8(4), 160–168.
- Schweitzer, D. H., & Mathus-Vliegen, E. M. H. (2011). *Het obesitas formularium, een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- TNO innovation for life. (2010, 10 juni). *Landelijke Groeistudie toont toename overgewicht kinderen | TNO*. Geraadpleegd 13 februari 2019, van <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/landelijke-groeistudie-toont-toename-overgewicht-kinderen/>
- Uijen, J. H. J. M. (2011). Behandeling van astma bij kinderen. *Huisarts En Wetenschap*, 54.
- van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL) handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vancasteele, N. (2018). *De invloed van ouderlijke zorgen op de omgang met een chronisch ziek kind*. Geraadpleegd van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/481/830/RUG01-002481830_2018_0001_AC.pdf
- WHO-5 Questionnaires. (2007). Geraadpleegd 22 maart 2019, van <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>
- Wijga, A. H., van Buul, L. W., & Zuidgeest, M. G. P. (2011). *Kinderen en astmamedicatie : Kennis en attituden van ouders | RIVM*. Geraadpleegd 3 maart 2019, van <https://www.rivm.nl/publicaties/kinderen-en-astmamedicatie-kennis-en-attituden-van-ouders>

Bijlagen

Bijlage 1: Eigen werkverklaring

Ondergetekende:

Judith van Bergen, 410098

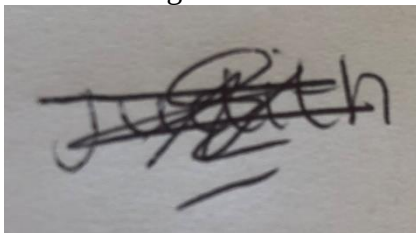
verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Amersfoort

Datum: 03-06-2019

Handtekening:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.