



‘Hoe waardeer ik mijzelf?’

Het effect van psychomotorische therapie op de zelfwaardering bij kinderen van de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter*.

Naam:	Dienke Klunder
Klas:	4pC
Studentnummer:	S1034560
Scriptie:	‘Hoe waardeer ik mijzelf?’
VOE-code:	HSK3AFS-BV4-13
Stagebegeleiders:	Eric Kuhlmann, Bart Sollie en Paul Bolks
School en opleiding:	Windesheim, Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Scriptiebegeleider:	Paul Verschuur
Scriptiebeoordelaar:	Thomas Scheewe

Voorwoord

Bijna ben ik aan het eind gekomen van mijn studie Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan het *Windesheim* te Zwolle. Ik heb als vierdejaarsstudent stage mogen lopen in de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* te Ede. Hier heb ik heel veel geleerd en het was mogelijk om een groot gedeelte van mijn afstudeeropdracht daar uit te voeren.

Tijdens een overleg in de beginfase van mijn stageperiode hoorde ik dat de effectiviteit van vaktherapie zichtbaar gemaakt moet worden. Ook de psychomotorische therapie (PMT) valt hieronder. Om de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* op weg te helpen en om zelf kennis te maken met de verschillende onderzoeksvaardigheden, heb ik besloten om mijn afstudeeropdracht te baseren op het aantonen van de effectiviteit van de behandeling met PMT bij kinderen van *Karakter*.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen om dit onderzoek te realiseren en mijn scriptie te schrijven.

Ten eerste wil ik graag mijn stagebegeleiders, E. Kuhlmann, B. Sollie en P. Bolks, bedanken. Ik heb tijdens mijn stage zeer veel geleerd en zij hebben een vertrouwde leercontext voor mij gevormd. Daarnaast hebben zij het voor mij mogelijk gemaakt om het onderzoek uit te voeren. Ook hebben zij me ondersteund in het schrijven van deze scriptie, vandaar zeer veel dank!

Ook enorme dank aan de kinderen van *Karakter* die mee hebben gedaan aan mijn onderzoek. Deze kinderen hebben mij geholpen bij het verkrijgen van de resultaten. Zonder de vragenlijsten die zij hebben ingevuld, was dit onderzoek niet tot stand gekomen.

Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleider P. Verschuur bedanken voor de hulp en feedback op mijn vragen, bedankt Paul!

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken. Zij hebben mij te allen tijde geholpen en gesteund tijdens het schrijven van mijn scriptie. Vooral bijzondere dank aan S.J. Benjamins, H.E. van Norel en E. Korndewal.

*Dienke Klunder,
Nijkerk, 18-6-2014*

Samenvatting

In deze scriptie wordt onderzoek gedaan naar het effect van psychomotorische therapie (PMT) op de zelfwaardering van kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis. Kinderen met een psychiatrische stoornis lijken namelijk vaak te worden gekenmerkt door een lage zelfwaardering (Matthys, 1993). De hypothese is dat PMT een positief effect heeft op de zelfwaardering van deze kinderen. Voor dit pre-experimentele onderzoek zijn vijf kinderen onderzocht tussen de 8 en 12 jaar oud met een normaal intelligentieniveau. Aan de hand van de gevalideerde vragenlijst Competentie Belevingsschaal voor Kinderen (CBSK) wordt het effect van PMT beoordeeld. Er is geen significant effect aan te tonen op de verbetering van zelfwaardering door de behandeling met PMT.

Abstract

In this paper the effect of psychomotor therapy (PMT) on the self-esteem of children with (the conjecture of) a psychiatric disorder is investigated. Children with a psychiatric disorder are often characterized by a relatively low self-esteem (Matthys, 1993). The hypothesis is that PMT has a positive effect on the self-esteem of these children. The subjects for this pre-experimental research are five children with an age in the range of 8 to 12 years and with a normal level of intelligence. The Competence Experience scale for Children (In Dutch: De Competentie Belevingsschaal voor Kinderen) has been used to evaluate the effect of PMT. There appears to be no significant improvement of the self-esteem as a consequence of the PMT treatment.

Inhoudsopgave

Voorwoord	Blz. 2
Samenvatting / Abstract	Blz. 3
Inhoudsopgave	Blz. 4
H1. Inleiding	Blz. 5-6
1.1 <i>Aanleiding</i>	<i>Blz. 5</i>
1.2 <i>Probleemstelling</i>	<i>Blz. 5-6</i>
1.3 <i>Doelstelling</i>	<i>Blz. 6</i>
1.4 <i>Vraagstelling</i>	<i>Blz. 6</i>
1.5 <i>Hypothese</i>	<i>Blz. 6</i>
1.6 <i>Leeswijzer</i>	<i>Blz. 6</i>
H2. Theoretische Kader	Blz. 7-9
2.1 <i>Wat is psychomotorische therapie (PMT)?</i>	<i>Blz. 7-8</i>
2.2 <i>Welke karakteristiek heeft de onderzoeksgroep?</i>	<i>Blz. 8</i>
2.3 <i>Wat wordt er verstaan onder zelfwaardering?</i>	<i>Blz. 8-9</i>
H3. Methode	Blz. 10-12
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	<i>Blz. 10</i>
3.2 <i>Samenstelling onderzoeksgroep</i>	<i>Blz. 10</i>
3.3 <i>Meetinstrument</i>	<i>Blz. 10-11</i>
3.4 <i>Onderzoeksproces</i>	<i>Blz. 11</i>
3.5 <i>Methode van dataverwerking</i>	<i>Blz. 11-12</i>
H4. Resultaten	Blz. 13-14
4.1 <i>Deelnemers en uitvallers</i>	<i>Blz. 13</i>
4.2 <i>Data-analyse</i>	<i>Blz. 13-14</i>
H5. Discussie	Blz. 15-17
5.1 <i>Interpretatie resultaten</i>	<i>Blz. 15</i>
5.2 <i>Beschouwing onderzoek</i>	<i>Blz. 16-17</i>
H6. Conclusie	Blz. 18
H7. Aanbevelingen	Blz. 19
Literatuurlijst	Blz. 20-21
Bijlage I	Blz. 22-31
Bijlage II	Blz. 32-37

H1. Inleiding

1.1 Aanleiding:

Het onderzoek, dat wordt uitgewerkt in deze scriptie, is uitgevoerd in de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* te Ede. Tijdens een vaktherapeutisch overleg, met alle vaktherapeuten van de verschillende locaties van *Karakter*, kwam naar voren dat het van belang is om voor het vakgebied psychomotorische therapie (PMT) bewijslasten ten aanzien van de effectiviteit te kunnen leveren. Het is belangrijk dat dit bewijs zichtbaar maakt dat de therapievorm PMT effectief is voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis.

De eerste overweging heeft te maken met de bezuinigingen, die vooral in de zorg en dus ook voor de PMT van toepassing zijn. Willen PMT'ers hun werk behouden, dan moeten zij bewijslasten kunnen leveren aan zorgverzekeraars, zodat PMT vergoed zal (blijven) worden. Zorgverzekeraars willen uitsluitend therapievormen vergoeden die effectief blijken te zijn (Laane & Luijk, 2012).

De tweede overweging is dat *Karakter* een geestelijke gezondheidszorg instelling (GGZ-instelling) is, wat maakt dat de PMT binnen *Karakter* te maken krijgt met de nieuwe Jeugdwet. Deze stelt dat per 1 januari 2015 de gemeente verantwoordelijk wordt voor alle jeugdhulp, inclusief de jeugd-GGZ. Het recht op de zorg vervalt en wordt vervangen door een voorzieningenplicht voor de gemeente. Iedere gemeente maakt dan haar eigen afwegingen in de keuze van in te kopen zorg voor jeugdigen en bepaalt ook welk deel daarvan vrij toegankelijk is. De gemeenten hebben daarbij een 15% bezuinigingsopdracht die ze tegelijkertijd moeten uitvoeren met de invoering van deze nieuwe regelingen (Sachse, 2013). Ook deze transitie maakt dat PMT'ers bewijzen moeten leveren, zodat de gemeenten PMT als effectief beschouwen en deze willen gaan inkopen.

Ten slotte ligt er ook interesse vanuit het PMT team van *Karakter*. Zij willen ook graag inzichtelijk krijgen of PMT daadwerkelijk bijdraagt aan de behandeling van het kind.

Om een bijdrage te kunnen leveren aan het aantonen van de effectiviteit van PMT voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis, wordt er onderzoek gedaan naar het effect van PMT op de zelfwaardering van kinderen van *Karakter*.

Zelfwaardering bestaat uit twee componenten. Ten eerste hoe een persoon aankijkt tegen zijn eigen kunnen, dit is de competentiebeleving. En ten tweede het gevoel van eigenwaarde. Het gevoel van eigenwaarde is de evaluatie van het zelf in meer algemeen opzicht als 'persoon' (Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh, & Ten Brink, 2004).

Matthys (1993) stelt dat kinderen met een psychische stoornis vaak lijken te worden gekenmerkt door een lage zelfwaardering. Soms wordt een lage, negatieve zelfwaardering gezien als een van de oorzaken van het ontstaan van een psychische stoornis. Omgekeerd kan het ook zijn dat een hoge positieve zelfwaardering als een beschermende factor kan fungeren, dat maakt dat kinderen zich in moeilijke omstandigheden toch goed kunnen handhaven en geen psychische stoornis ontwikkelen (Kliewer, 1992; Rutter, 1987). Riksen-Walraven (1989) stelt dat kinderen die zich in emotioneel, cognitief of lichamelijk opzicht ongunstig hebben ontwikkeld, moeite hebben met het verkrijgen van een positieve zelfwaardering.

Wellicht kan het zo zijn dat PMT kan bijdragen aan het ontwikkelen van een betere zelfwaardering. Hierdoor zal het kind beter met zijn beperking of stoornis leren omgaan en zal het leven gemakkelijker worden, want een hoge zelfwaardering hangt samen met een betere kwaliteit van leven (Crocker & Blanton, 1999).

1.2 Probleemstelling:

Doordat er wordt bezuinigd in de zorgsector worden alleen de therapievormen vergoed door zorgverzekeraars die effectief blijken. Op dit moment kunnen wij de effectiviteit van PMT onvoldoende aantonen, waardoor de zorgverzekeraars door bezuinigingen deze therapievorm

minder snel zullen gaan vergoeden. Daarbij komt dat de zorg vanaf 1 januari 2015 ingekocht moet worden door de gemeenten. Ook hiervoor is het belangrijk dat er onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van PMT, zodat gemeenten deze therapievorm willen inkopen.

1.3 Doelstelling:

Het doel is om een bijdrage te leveren aan het aantonen van de effectiviteit van PMT voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis. Dit wordt gedaan door middel van een klein evaluerend onderzoek naar het effect van PMT op de zelfwaardering van cliënten van *Karakter te Ede*. Dit onderzoek kan dienen als voorloper van een bewijslast voor zorgverzekeraars of gemeenten. Daarnaast levert het onderzoek kennis op voor het team PMT van *Karakter*.

1.4 Vraagstelling:

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Wat is het effect van psychomotorische therapie op de zelfwaardering van poliklinische cliënten van Karakter te Ede met een leeftijd van 8 tot 12 jaar en een normaal intelligentieniveau?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden en te verduidelijken, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat is psychomotorische therapie (PMT)?
2. Welke karakteristiek heeft de onderzoeksgroep?
3. Wat wordt er verstaan onder zelfwaardering?

1.5 Hypothese

De hypothese bij de gestelde onderzoeksvraag luidt:

PMT heeft een positief effect op de zelfwaardering van poliklinische cliënten van Karakter te Ede met een leeftijd van 8 tot 12 jaar en een normaal intelligentieniveau.

1.6 Leeswijzer

Deze scriptie bestaat uit zeven hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk betreft de inleiding. Hierin worden de aanleiding, waarom dit onderzoek gedaan wordt, probleemstelling, wat het probleem is bij dit onderzoek, doelstelling, wat er wordt nagestreefd in dit onderzoek, vraagstelling, welke onderzoeksvraag centraal staat en hypothese, wat de verwachting is ten aanzien van dit onderzoek, beschreven. In het tweede hoofdstuk staat het theoretisch kader centraal. Het theoretisch kader wordt gezien als een stukje voorkennis dat nodig is voor het onderzoek en het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Dit wordt gedaan aan de hand van de drie deelvragen. Vervolgens wordt in het derde hoofdstuk de methode beschreven. Hierin worden de volgende onderwerpen belicht: het onderzoeksdesign, de samenstelling van de onderzoeksgroep, het gebruikte meetinstrument, het onderzoeksproces en de methode van dataverwerking. Hoofdstuk 4 betreft de resultaten van het uitgevoerde praktijkonderzoek, onderverdeeld in de kopjes: deelnemers en uitvallers en de data-analyse. In hoofdstuk 5 wordt de discussie weergegeven, hierin worden de resultaten geïnterpreteerd en een beschouwing gegeven. Hoofdstuk 6 geeft een weergave van de conclusie van dit onderzoek. Tot slot beschrijft hoofdstuk 7 de aanbevelingen die tot stand zijn gekomen uit dit onderzoek.

H2. Theoretisch Kader

2.1 Wat is psychomotorische therapie (PMT)?

Definitie

“Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag”, omschrijft de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2009).

Doelstelling

Het doel van de psychomotorische therapie, zoals die geformuleerd is door de NVPMT, luidt: “Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen”. De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Tijdens de psychomotorische therapie “krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen” (Wijk, 2001). Emck (2013) omschrijft het doel van de PMT als volgt: “Bij bewegingsinterventies worden bewegings- en lichaamservaringen beïnvloed, met als assumptie dat daardoor psychische processen in gang worden gezet of bevorderd, die gunstig geacht worden voor de psychosociale ontwikkeling of geestelijke gezondheid van de cliënt”.

Bewegingsinterventies

Probst, Knapen, Poot en Vancamfort (2010) maken een globale tweedeling in bewegingsinterventies: action-oriented en experience-oriented interventies. Action-oriented interventies richten zich bijvoorbeeld op het stapsgewijs verbeteren van de fysieke fitheid, om daarmee vermindering van psychische klachten en verbetering van de kwaliteit van leven te bevorderen. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn deze interventies van belang om de motorische vaardigheden van kinderen te ontwikkelen. Dit is in de basisschoolleeftijd van essentieel. Wanneer deze vaardigheden niet goed ontwikkeld zijn, kan het nadelige gevolgen hebben voor de psychosociale ontwikkeling van kinderen (Emck, Bosscher, Van Wieringen, Beek, & Doreleijers, 2010).

Experience-oriented interventies betreffen onder andere het versterken van het zelfbeeld en het gunstig beïnvloeden van de lichaamsbeleving, waarbij emotieregulatie tevens een belangrijk onderdeel vormt. Emck e.a., (2010) stellen ook dat het beeld dat het kind heeft van bijvoorbeeld zijn eigen motorische vaardigheden, invloed heeft op het sociaal-emotionele functioneren.

Ervaringsgericht leren

Wat centraal staat binnen de PMT is het ervaringsgericht leren. Hekking en Van den Blink (2008) leggen dit als volgt uit. Ten eerste zeggen zij dat ervaringsgerichte therapie zich kenmerkt door het focussen op ‘hier en nu’ situaties. Daarin moet de cliënt in een zelfsturende positie komen, zodat de cliënt nieuw gedrag, een andere beleving en effectievere gedachten realiseert. Ten tweede moet de PMT’er beschikken over een specifieke deskundigheid, waarbij er door middel van lichaams- en bewegingsinterventies nieuwe inzichten worden gegeven aan de cliënt. Ten derde creëert de PMT’er een situatie in zowel materieel als immaterieel opzicht. Hiermee wordt bedoeld dat de PMT’er zowel in het arrangement als in zijn eigen interventies om een respons van de cliënt vraagt. Ten slotte zeggen Hekking en Van den Blink (2008) dat de kern van ervaringsgericht leren is dat er betekenis wordt gegeven aan het denken, handelen en voelen van de jeugdige. Dit moet gedaan worden op een zodanige wijze dat de jeugdige in relatie staat met een voor de jeugdige belangrijke context. Daarnaast moeten deze betekenisvolle momenten het mogelijk maken dat de jeugdige experimenteert met nieuw gedrag.

PMT van Karakter

Binnen de PMT van *Karakter* maken we gebruik van een combinatie van de action-oriented en experience oriented interventies. Daarnaast is er geen behandelprotocol op de onderzoeksgroep, hetgeen maakt dat de PMT'ers zelf een invulling mogen geven aan de activiteiten, arrangementen en interventies tijdens de behandeling van deze cliënten.

2.2 Welke karakteristiek heeft de onderzoeksgroep?

Karakteristiek

De onderzoeksgroep aan dit onderzoek betreft kinderen van de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* te Ede. De kinderen zijn tussen de 8 en 12 jaar oud gedurende het onderzoek. Om mee te mogen doen aan dit onderzoek moeten de kinderen beschikken over een normaal intelligentieniveau, omdat het niveau van de vragenlijst alleen dan valide is. Op de desbetreffende instelling wordt de term normaal intelligentieniveau gehanteerd voor een intelligentie quotiënt (IQ) vanaf 85. Dit is conform de normering van de het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) (Nederlands Jeugd Instituut, 2014). Daarnaast worden de kinderen poliklinisch behandeld, wat betekent dat de kinderen regelmatig, vaak wekelijks, naar *Karakter* komen om contact te hebben met de desbetreffende behandelaren. Binnen dit onderzoek worden klinische cliënten uitgesloten, omdat klinische cliënten vaak meerdere vormen van behandeling krijgen, waardoor het effect van enkel PMT, of enkel PMT met medicatie, niet meer onderzocht kan worden.

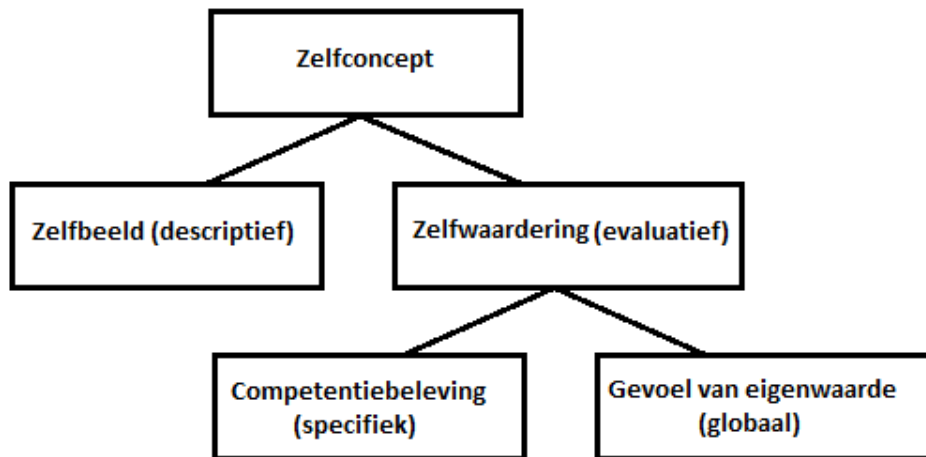
Verskillende psychiatrische stoornissen

De kinderen die binnen dit onderzoek meedoen hebben verschillende psychiatrische stoornissen of zijn nog in de diagnostische fase. In het artikel van Emck (2011) wordt er een indeling gemaakt voor psychiatrische stoornissen bij kinderen. De psychiatrische stoornissen worden onderverdeeld in drie hoofdgroepen. Ten eerste de emotionele stoornissen. Kinderen met emotionele stoornissen vertonen angst, depressieve en psychosomatische klachten. Dit worden ook wel de internaliserende stoornissen genoemd. Ten tweede de gedragsstoornissen. Kinderen met gedragsstoornissen hebben vooral problemen in de omgang met anderen. Deze stoornissen worden ook wel de externaliserende stoornissen genoemd. Ten derde is er de hoofdgroep van de autismespectrumstoornissen. Kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS) kenmerken zich door beperkingen in de communicatie en het sociale gedrag. Ook beschikken zij vaak over beperkte en repetitieve gedragspatronen.

2.3 Wat wordt er bedoeld met zelfwaardering?

Zelfconcept

Zelfwaardering vormt een onderdeel van het zelfconcept (*zie figuur 1*). Met het zelfconcept wordt 'het geheel aan denkbeelden dat de persoon heeft over zichzelf' bedoeld. Het zelfconcept bestaat uit een evaluatieve component (zelfwaardering) en een beschrijvende component (zelfbeeld) (Veerman e.a., 1997, 2004). Het evaluatieve component, de zelfwaardering, geeft aan hoe iemand bepaalde eigenschappen of prestaties beoordeelt. Hoe goed of slecht vindt iemand deze? Het kan zijn dat iemand erg tevreden is met het behalen van zijn hoger beroepsonderwijs (HBO) diploma. Het kan ook zijn dat iemand hogere verwachtingen van zichzelf heeft en er dus niet tevreden mee is. Het zelfbeeld bestaat uit relatief objectieve beschrijvingen van eigenschappen en prestaties. Bijvoorbeeld het behalen van een HBO-diploma of het hebben van een slank lichaam.



Figuur 1. Overzicht begrippen zelfconcept (Egberink, 2005).

Binnen dit onderzoek gaan we in op de zelfwaardering. We kunnen de zelfwaardering onderverdelen in twee vormen (*zie figuur 1*).

Competentiebeleving

De eerste vorm betreft specifieke zelfwaardering. Met specifieke zelfwaardering wordt competentiebeleving bedoeld. Competentiebeleving is 'de evaluatie van het zelf ten aanzien van bepaalde domeinen van eigen kunnen'. Hiermee wordt bedoeld hoe een persoon aankijkt tegen zijn eigen kunnen, oftewel het gevoel 'iets waard te zijn'. Het gaat in dit geval over de mening van het kind zelf. Dit kan per domein verschillend zijn. De verschillende domeinen die bedoeld worden zijn schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde. De uitleg van de verschillende domeinen wordt in hoofdstuk 3 uitgewerkt. Slot en Spanjaard (2006) noemen jongeren competent wanneer ze over voldoende vaardigheden beschikken om de ontwikkelingstaken waarmee zij in het dagelijks leven geconfronteerd worden, adequaat te kunnen vervullen. Ze zien competentie als een balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden. Ontwikkelingstaken behoren tot een bepaalde levensfase en vragen bepaalde gedragingen van een persoon. Wanneer de leeftijd vordert zullen er veranderingen plaatsvinden op zowel biologisch als psychisch als sociaal gebied. Hierdoor veranderen ook de ontwikkelingstaken. Het adequaat vervullen van de ontwikkelingstaken die kenmerkend zijn voor een bepaalde leeftijdsfase wordt als een voorwaarde gezien voor een goed verloop van de latere ontwikkeling. Wanneer kinderen zich bepaalde vaardigheden eigen maken, die passen bij de ontwikkelingstaken, dan zijn ze beter voorbereid op een volgende levensfase. Kinderen die bijvoorbeeld makkelijk vriendjes en vriendinnetjes maken in de basisschoolleeftijd, zullen tijdens de adolescentie ook makkelijker relaties aan kunnen gaan (Veerman e.a., 1997, 2004). Daarnaast zeggen Eliaan, Vermeer en 't Hart (2007) dat gevoelens van competentie kunnen motiveren. Bijvoorbeeld om nieuwe pogingen te doen voor bepaalde vaardigheden of om bepaalde vaardigheden te beheersen. Kennis en vaardigheden worden verkregen door continue inzet.

Gevoel van eigenwaarde

De tweede vorm betreft de globale zelfwaardering. Met globale zelfwaardering wordt het gevoel van eigenwaarde bedoeld. Het gevoel van eigenwaarde is de evaluatie van het zelf in meer algemeen opzicht als 'persoon' (Veerman e.a., 1997, 2004).

Zelfwaardering is door deze tweedeling geen één dimensioneel begrip, maar een multidimensioneel begrip. Hierdoor zijn de domeinen uit de specifieke zelfwaardering op te vatten als facetten van zelfwaardering en in ruimere zin als facetten van het zelfconcept (Veerman e.a., 1997, 2004).

H3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Er wordt gebruik gemaakt van een evaluerend onderzoek, waarbij er wordt gekeken naar het effect van de interventie oftewel de behandeling met PMT. Daarnaast is het onderzoek kwantitatief van aard. Dit houdt in dat de uitkomsten makkelijk in cijfers zijn uit te drukken. Er wordt gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst. Verder bevat de periode van dataverzameling van dit onderzoek meerdere meetmomenten. Dit betekent dat het gezien kan worden als een longitudinaal onderzoek. Tevens is dit onderzoek prospectief, omdat de uitkomsten nog moeten optreden bij de start van het onderzoek.

Het onderzoeksdesign van dit onderzoek is experimenteel, want er wordt bewust iets veranderd in de onderzoeksgroep, namelijk de behandeling met PMT. Omdat het binnen de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd niet mogelijk is om een controlegroep op te zetten, wordt dit onderzoek een pre-experiment genoemd (Bakker & Van Buuren, 2009).

3.2 Samenstelling onderzoeksgroep

Dit onderzoek beschikt over een selecte onderzoeksgroep. Dit komt omdat er alleen kinderen meedoen die behandeling krijgen bij de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* te Ede. De onderzoeksgroep is dus lokaal en tot stand gekomen met behulp van een doelgerichte steekproef. Dit houdt in dat de onderzoeksgroep is geselecteerd op bepaalde kenmerken (Bakker & Van Buuren, 2009).

De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd. Ten eerste moeten de kinderen tussen de 8 en 12 jaar oud zijn, dit vanwege de vragenlijst die wordt afgenomen en die alleen geschikt is voor deze leeftijd. Ten tweede zijn de kinderen geselecteerd op een minimaal intelligentieniveau van een IQ van 85, dit is ook een eis van de gebruikte vragenlijst (Veerman e.a., 1997). Ten derde hebben de ouders toestemming moeten geven, om hun kind mee te laten doen aan dit onderzoek. Ten vierde kunnen alleen kinderen meedoen die in de periode tussen 6 januari 2014 en 6 juni 2014 de PMT behandeling starten en minimaal vijf sessies kunnen uitvoeren, dit in verband met de beperkte duur van het onderzoek. Tot slot worden alleen kinderen geïncludeerd die enkel PMT, of enkel PMT en medicatie, als behandelingsvorm krijgen. Elk kind dat niet aan deze inclusiecriteria voldoet wordt geëxcludeerd.

3.3 Meetinstrument

Het effect van de behandeling met PMT op de zelfwaardering van kinderen wordt onderzocht aan de hand van een vragenlijst. De vragenlijst die hiervoor wordt gebruikt is de gevalideerde vragenlijst Competentie Belevingsschaal voor Kinderen (CBSK) (*zie bijlage I*). De CKSK is bedoeld voor kinderen tussen de 8 en 12 jaar. Veerman e.a., (1997) ontwierpen de CBSK. De CBSK is een Nederlandse versie van de Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985). Met de CBSK kan nagegaan worden hoe kinderen zelf vinden dat ze op een aantal specifieke domeinen functioneren, hiermee wordt de competentiebeleving gemeten. De domeinspecifieke competentiebeleving is uitgewerkt in vijf specifieke subschalen:

1. Schoolvaardigheden (SV): hoe kijkt het kind tegen zijn schoolprestaties aan?
2. Sociale acceptatie (SA): vindt het kind van zichzelf dat het 'erbij hoort'? Meent het dat het genoeg vrienden heeft, kan het gemakkelijk vrienden maken? Denkt het kind geliefd te zijn?
3. Sportieve vaardigheden (SP): hoe kijkt het kind aan tegen zijn vaardigheden omtrent sport, gymnastiek en buitenspelletjes?
4. Fysieke verschijning (FV): hoe beoordeelt het kind zijn uiterlijk?
5. Gedragshouding (GH): wat vindt het kind van zijn eigen gedrag? Meent het kind dat het zich gedraagt zoals van hem verwacht wordt?

Voor kinderen in de basisschoolleeftijd zijn domeinen als school, sport, uiterlijk en de omgang met leeftijdsgenoten belangrijk (Veerman e.a., 2004).

Daarnaast is er ook nog een overkoepelend domein gekozen dat het gevoel van eigenwaarde beoordeeld. Dit is meer een globale evaluatie van het eigen functioneren of het 'zelf' als persoon. Deze is ondergebracht, in een zesde, aparte subschaal.

6. Gevoel van eigenwaarde (GE): hoe beoordeelt het kind zichzelf in het algemeen? Hoe is zijn algemene gevoel van eigenwaarde?

Aan de hand van 36 stellingen, zes stellingen per subschaal, worden de kinderen getest. De afnameduur van de vragenlijst betreft zo'n 15-20 minuten. Het kind kan per stelling een score krijgen tussen de 1 en 4 punten, waarbij de waarde van 1 overeenkomt met het minst competente antwoord en een waarde van 4 overeenkomt met het meest competente antwoord. Met behulp van normtabellen worden de ruwe scores omgezet in percentielscores. Deze percentielscores zijn afkomstig vanuit eerdere onderzoeken, die afgenomen zijn onder in totaal 361 basisschoolkinderen. Dit biedt een valide en betrouwbaar referentiekader voor het onderzoek. Percentielscores van 15 of lager en van 85 of hoger worden als afwijkend geïnterpreteerd. De percentielscores kunnen worden geïnterpreteerd als de score van een kind ten opzichte van de referentiegroep. Dus bijvoorbeeld een score van 70 betekent dat 70 procent van de kinderen gelijk of lager heeft gescoord op de betreffende subschaal ten opzichte van de referentiegroep (Bijttebier & Vercruyse, 2001; Nederlands Jeugd Instituut, 2014).

Daarnaast zitten er in de omgezette percentielscores nog verschillen tussen jongens en meisjes. Zo constateerde Veerman (1989) bij meisjes een positiever oordeel op hun gedragshouding dan jongens. Straathof, Treffers, Siebelink en Goedhart (1991) vonden bij jongens een meer positieve beoordeling van hun sportieve vaardigheden in verhouding tot meisjes. Hierdoor zijn de percentielscores van de jongens niet altijd overeenkomend met de percentielscores van de meisjes.

3.4 Onderzoeksproces

De vragenlijst wordt meerdere malen afgenomen in de onderzoeksperiode van 6 januari 2014 tot 6 juni 2014. Elk kind vult de vragenlijst, indien mogelijk, zowel voor- als na de behandeling met PMT in. De duur van een PMT-behandeling voor poliklinische cliënten kan verschillen. De normale procedure is dat een kind 10 PMT-sessies volgt, waarbij er na 5 PMT-sessies een tussenevaluatie wordt gehouden en na 10 sessies een eindevaluatie. De voormeting wordt dan gedaan voorafgaande aan de eerste sessie. De tussenmeting wordt gedaan na 5 PMT-sessies en de nameting wordt uitgevoerd na 10 PMT-sessies. Bij uitzondering kan het zo zijn dat het kind na 5 PMT-sessies al voldoende heeft geleerd, in dat geval wordt er in overleg en met toestemming van de ouders besloten om de behandeling af te ronden. Er zal dan alleen een voor- en nameting plaatsvinden. De duur van één PMT-sessie is in dit onderzoek 45 minuten. De frequentie van de PMT-sessies werden afgestemd op de cliënt. Vanuit *Karakter* wordt een wekelijkse frequentie als voorkeur aangegeven. De PMT-sessies worden één op één gegeven. Dit betekent dat de cliënt de zaal in gaat met één PMT'er. Het team van PMT'ers dat de kinderen behandelt binnen dit onderzoek bestaat uit twee volwaardige PMT'ers en één vierdejaars stagiaire.

3.5 Methode van dataverwerking

Nadat de vragenlijsten zijn afgenomen, worden de verkregen resultaten uitgewerkt. De ruwe scores worden omgezet in percentielscores en verwerkt in het computerprogramma Excel. Per subschaal worden de individuele percentielscores uitgewerkt in een tabel, waarbij zowel de voor-, tussen, als nameting wordt meegenomen. Dan wordt er per kind het verschil tussen de voor-, tussen- en nameting berekend, deze worden de individuele verschillen per subschaal genoemd. Vervolgens worden alle individuele verschillen per subschaal in één tabel gezet, zodat er een grafische weergave kan worden gemaakt.

Daarna worden er per subschaal gemiddeldes uitgerekend van alle kinderen bij elkaar, van zowel de voor-, tussen- als de nameting, dit worden de gemiddelde totaalscores genoemd. Deze gemiddelde totaalscores worden in één tabel samengevoegd en daarvan wordt vervolgens een grafische uitwerking gemaakt.

Ook wordt er een t-toets getrokken uit de bestaande gegevens. De t-toets die wordt gebruikt is voor 'twee gepaarde steekproeven voor gemiddelden'. Hieruit komt er een verschilscore van de gemiddelde voor- en nametingen in het geheel. Hiermee kan er iets gezegd worden over de gestelde hypothese. Om deze uitspraak te kunnen bevestigen hebben we nog gegevens over de significantie nodig. De t-toets wordt voornamelijk gebruikt om de significantie in kaart te brengen. Wanneer het uiteindelijke resultaat positief significant blijkt ($p < 0,05$), dan betekent dit dat we de gestelde hypothese kunnen aannemen. Dit betekent dat de kans kleiner is dan 5 procent, dat het verschil in resultaten op toeval berust. De PMT-behandeling zal dan een significant positief effect hebben op de zelfwaardering van de kinderen van *Karakter*. Wanneer het resultaat niet significant blijkt ($p > 0,05$), dan moeten we de gestelde hypothese verwerpen. Dit betekent dat de kans groter is dan 5% dat het gevonden resultaat berust op toeval en niet op de behandeling van PMT.

H4. Resultaten

4.1 Deelnemers en uitvallers

In de onderzoeksperiode zijn vijf kinderen geïnccludeerd in de onderzoeksgroep (zie tabel 1), namelijk vier jongens en één meisje. Deze kinderen zijn toevallig allemaal in 2003 geboren en op dit moment 10 of 11 jaar oud. Kind 1 heeft 10 PMT-sessies gehad, waardoor het mogelijk is geweest om na 5 PMT-sessies een tussenmeting te doen en na de gehele behandeling een nameting uit te voeren. Bij de andere kinderen heeft de beperkte onderzoeksperiode ervoor gezorgd dat de kinderen alleen een voor- en een tussenmeting hebben kunnen doen. Deze tussenmeting heeft plaatsgevonden na 5 PMT-sessies. Elk kind ging verder met de behandeling, wat maakt dat er geen nameting gedaan kon worden. Doordat er maar één kind een nameting heeft gedaan, is er besloten om deze uitkomsten te laten vervallen en alleen de tussenmeting van dit kind mee te nemen in het onderzoek. Wanneer de nameting wel meegenomen zou worden in de resultaten, wordt er een vertekend beeld geschetst, waardoor de uitspraken minder betrouwbaar worden. In de resultaten worden nu de voor- en tussenmetingen met elkaar vergeleken.

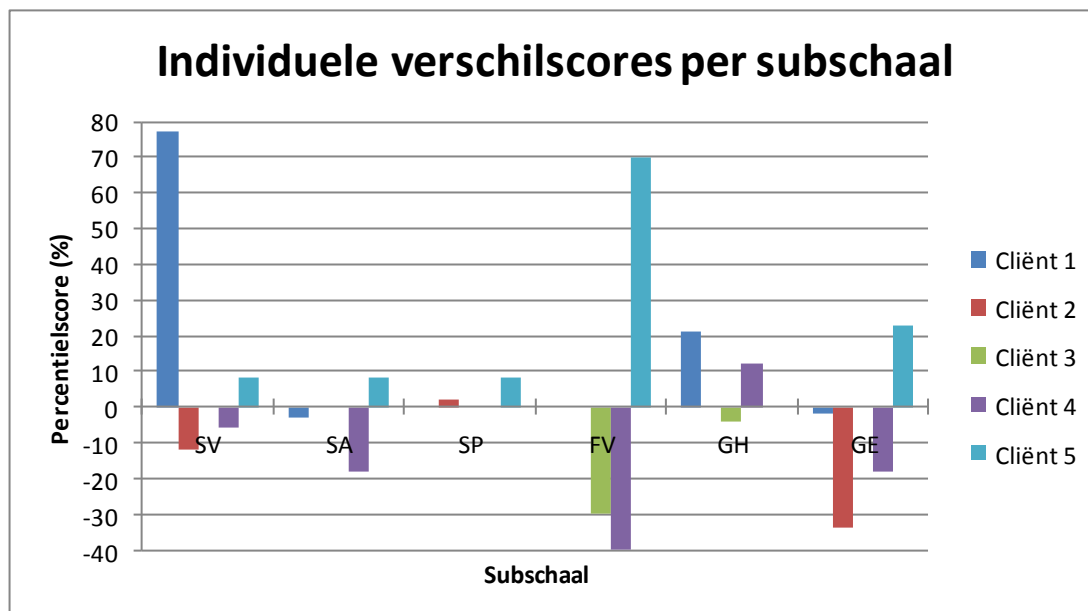
Tabel 1: Overzicht van de onderzoeksgroep.

Cliënt	Geslacht	Geboortedatum	Voormeting	Tussenmeting
1.	Jongen	30-03-2003	22-01-2014	04-03-2014*
2.	Meisje	26-09-2003	19-03-2014	14-05-2014
3.	Jongen	04-02-2003	29-04-2014	02-06-2014
4.	Jongen	22-04-2003	09-04-2014	04-06-2014
5.	Jongen	06-10-2003	09-04-2014	04-06-2014

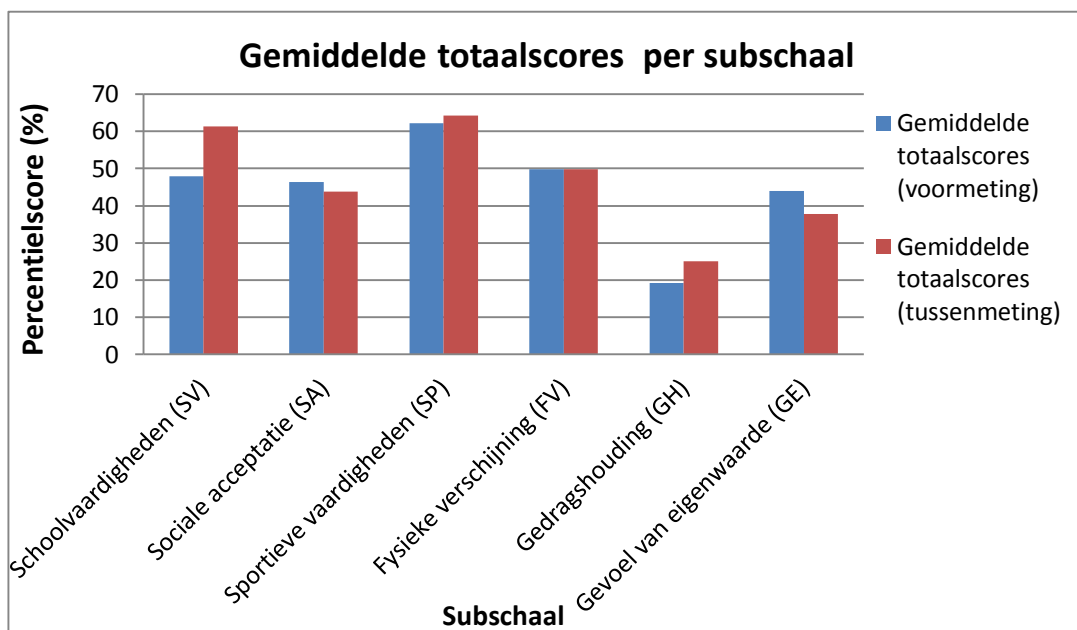
* Er heeft een nameting plaatsgevonden op 30-04-2014, deze is niet meegenomen in de data-analyse.

4.2 Data-analyse

Hieronder een uitwerking van de resultaten van het onderzoek (zie bijlage II voor de volledige data).



Figuur 2. Individuele vershilscores per subschaal. De figuur geeft voor elk kind (1-5) het verschil tussen de percentielscores van de voor- en tussenmeting per subschaal weer. SV = schoolvaardigheden; SA= sociale acceptatie; SP= sportieve vaardigheden; FV= fysieke vershijning; GH=gedragshouding; GE=gevoel van eigenwaarde.



Figuur 3. Gemiddelde totaalscores per subschaal. Figuur 3 geeft de gemiddelde totaalscores van elk kind (1-5) van zowel de voor- als tussenmeting per subschaal.

In figuur 2 zie je dat de individuele verschillen per subschaal erg variëren. In figuur 3 is te zien dat de gemiddelde totaalscores per subschaal niet veel varieert.

Tabel 2: T-toets van de gemiddelde totaalscores per subschaal.

T-toets: twee gepaarde steekproeven voor gemiddelden		
	Variabele 1 (voormeting)	Variabele 2 (tussenmeting)
Gemiddelde	44,9	47,0
Aantal waarnemingen	6	6
P-waarde (tweezijdig toetsing)	0,49	

Tabel 2 geeft de t-toets weer van de gemiddelde totaalscores per subschaal. De gemiddelde totaalscore van alle subschalen in de voormeting is 44,9. De gemiddelde totaalscore van alle subschalen in de tussenmeting is 47,0. De gemiddelde totaalscore van de voormeting is dus lager dan de gemiddelde totaalscore van de tussenmeting. De algehele verschillen van de gemiddelde totaalscores, zowel voor- als tussenmetingen, betreft hier dus 2,07. Daarnaast zien we een p-waarde van 0,49 en dus groter dan 0,05.

H5. Discussie

5.1 Interpretatie resultaten

Hieronder wordt een interpretatie gegeven van de resultaten. Daarbij wordt er gekeken of we de gestelde hypothese *'PMT heeft een positief effect op de zelfwaardering van poliklinische cliënten van Karakter te Ede met een leeftijd van 8 tot 12 jaar en een normaal intelligentieniveau.'* mogen aannemen of moeten verwerpen.

In figuur 2 is er een weergave gegeven van de individuele verschillen per subschaal. Hierin is te zien dat de individuele verschillen per subschaal erg variëren. Bij geen enkele subschaal zijn alleen maar positieve of negatieve waarden te zien, waardoor er niet goed te zeggen valt welk effect de behandeling met PMT heeft op de zelfwaardering per subschaal.

Wat wel opvalt is dat cliënt 5 alleen maar positieve verschillen heeft. Ook cliënt 1 heeft over het algemeen genomen grotere positieve verschillen dan negatieve. Hieruit is te stellen dat cliënt 1 en 5 waarschijnlijk baat hebben bij de behandeling van PMT, omdat zij over het algemeen een positief effect laten zien op de zelfwaardering. Cliënt 2, 3 en 4 hebben in het algemeen meer negatieve verschillen. Dit lijkt erop te wijzen dat deze cliënten juist een lagere zelfwaardering krijgen door de behandeling met PMT.

Wat verder opvalt is dat de zelfwaardering op de subschaal sportieve vaardigheden bij geen enkel kind afneemt. Dit zou kunnen betekenen dat de behandeling met PMT er in ieder geval voor zorgt dat de competentiebeleving over de sportieve vaardigheden gelijk blijft of zal toenemen.

Daarentegen is het positieve verschil zo gering, dat deze uitspraak niet betrouwbaar is.

Concluderend kunnen we uit figuur 2 niet afleiden welk effect de behandeling met PMT heeft op de zelfwaardering binnen de verschillende subschalen. Dit komt omdat de individuele verschillen per subschaal te veel variëren.

Figuur 3 geeft de gemiddelde totaalscores per subschaal. De grote verschillen in de individuele verschillen leiden niet tot grote afwijkingen in de gemiddelde totaalscore per subschaal. PMT lijkt een positief effect te hebben op de zelfwaardering op de subschalen schoolvaardigheden, sportieve vaardigheden en de gedragshouding. Daarnaast lijkt het dat de behandeling van PMT geen effect heeft op de subschaal fysieke verschijning en zelfs een negatief effect heeft op de zelfwaardering van de subschaal sociale acceptatie en het gevoel van eigenwaarde.

Al met al geeft figuur 3 aan dat het effect van PMT op de zelfwaardering niet significant zal zijn. Door de grote variatie in de individuele verschillen valt er niet veel te zeggen over het verschil in de gemiddeldes per subschaal.

Tabel 2 geeft de t-toets van de gemiddelde totaalscores per subschaal weer. Hierin is te zien dat de gemiddelde totaalscore van de voormeting lager is dan de gemiddelde totaalscore van de tussenmeting. Het verschil wordt aangeduid met 2,07. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat PMT een positief effect heeft op de zelfwaardering bij kinderen van Karakter in het algemeen. Om deze gestelde hypothese daadwerkelijk te kunnen bevestigen, moet dit effect significant zijn. Toetsing zoals beschreven in tabel 2 laat zien dat dit effect niet significant is ($p > 0,05$). We mogen de gestelde hypothese dus niet aannemen. De gevonden p-waarde van 0,49 geeft aan dat er een kans is van 49% dat het gevonden resultaat op toeval berust en niet op de behandeling van PMT.

De conclusie is dat we de gestelde hypothese *'PMT heeft een positief effect op de zelfwaardering van poliklinische cliënten van Karakter te Ede met een leeftijd van 8 tot 12 jaar en een normaal intelligentieniveau.'* moeten verwerpen.

5.2 Beschouwing onderzoek

Hieronder een kritische terugblik op verschillende aspecten die van invloed geweest kunnen zijn op dit onderzoek.

Methodes:

Ten eerste ontbreekt er in dit onderzoek een adequate controlegroep. Daardoor is het niet met zekerheid te zeggen of eventuele veranderingen worden bepaald door de behandeling met PMT of dat deze door andere factoren zijn opgetreden (Bakker & Van Buuren, 2009). Ten tweede kan er niet met zekerheid gezegd worden dat de onderzoeksgroep een goede representatie weergeeft van de onderzochte populatie. Dit komt omdat de onderzoeksgroep select is gekozen en omdat de onderzoeksgroep maar bestaat uit vijf cliënten. Wanneer de onderzoeksgroep aselekt wordt toegewezen en wanneer de onderzoeksgroep veel groter zal zijn, dan worden de resultaten ook betrouwbaarder (Bakker & Van Buuren, 2009). Ook de eis vanuit de gebruikte vragenlijst (IQ>85) maakt dat de steekproef niet representatief is voor de te onderzoeken populatie. Ten derde wordt er niet volgens een protocol gewerkt binnen de PMT. Een protocol zorgt ervoor dat elk behandelaar hetzelfde aanbod geeft aan de kinderen die behandeling krijgen. Hierdoor zullen de verkregen resultaten meer valide en meer betrouwbaar zijn. Ten vijfde worden de PMT sessies in dit onderzoek gegeven door twee PMT'ers en één vierdejaars stagiaire. Het zou kunnen zijn dat de kwaliteit van therapie anders is en de kinderen in dit onderzoek verschillende kwaliteit therapie hebben gekregen. Dit zou van invloed kunnen zijn op de verkregen resultaten. Wat wel goed is geweest aan dit onderzoek, is dat de kinderen de vragenlijst zelf hebben gelezen en hebben ingevuld, waardoor de manier waarop ze hem invullen niet beïnvloed wordt door de verschillende behandelaars. Tot slot heeft dit onderzoek geen rekening gehouden met het medicatieverbruik van de kinderen. Hierdoor zou het kunnen zijn dat er medicatieveranderingen hebben plaatsgevonden, waarvan de onderzoeker niet op de hoogte is geweest. Deze medicatieverandering zou van invloed kunnen zijn op de uitslagen van de resultaten.

Resultaten:

Met betrekking tot de resultaten werd er een grote variatie in de individuele verschillen per subschaal waargenomen. Hierdoor zijn kleine positieve effecten niet significant. Bij een aantal subschalen gaan kinderen zelfs omlaag in zelfwaardering, alhoewel deze veranderingen ook niet significant zijn. Het zou kunnen dat deze negatieve verschillen later nog omgekeerd kan worden in positieve verschillen. Maslow (1954) heeft namelijk het model van 'Four Stages of Learning', oftewel 'vier stadia van leren' ontworpen. Dit model beschrijft vier fases. De eerste fase is 'onbewust incompetent', hierin weet de persoon nog niet waarin hij minder competent is. In dit onderzoek kan dit overeenkomen met dat het kind nog niet weet wat er bij dit onderzoek van hem gevraagd wordt. De tweede fase is 'bewust incompetent'. Het kind dat meedoet aan dit onderzoek vult voor de eerste PMT-sessie de vragenlijst in en wordt zich bewust van het feit wat er verwacht wordt, maar is nog niet in staat het gewenste gedrag te laten zien. De derde fase is de 'bewust competente fase'. Hierin weet het kind wat hij/zij moet kunnen en wordt zich steeds meer bewust dat hij/zij het kan. De laatste fase is 'onbewust competent'. Hierin is het kind er zich niet van bewust dat hij/zij het gewenste gedrag laat zien omdat het zo eigen is gemaakt. Het kan zo zijn dat de kinderen die meedoen aan dit onderzoek, na de tussenmeting, in de tweede fase verkeren. Hierdoor zijn ze bewust van hetgeen dat ze nog niet kunnen en is de zelfwaardering in de tussenmeting omlaag gegaan. Het kan ook zijn dat het kind bij de tussenmeting al in de 'onbewust competente fase' zit en het zelf niet realiseert dat hij/zij competenter is geworden. Dan heeft de behandeling van PMT dus wel effect gehad, maar komt het oordeel van het kind niet overeen. Het kan dus zo zijn dat de positieve zelfwaardering later wel naar voren komt en dat er wel een significant positief effect van PMT op de zelfwaardering kan ontstaan.

Uitvoering:

Wat betreft de uitvoering van het onderzoek, had de onderzoeker zich voorgenomen om een voor-, tussen- en nameting te doen. Dit is door de beperkte onderzoeksduur niet gelukt. In dit geval is er alleen een voor- en tussenmeting gedaan, wat maakt dat een langere onderzoeksduur, inclusief een nameting, wellicht meer effect zou kunnen hebben laten zien. Daarnaast is betekenis van de verkregen resultaten hierdoor beperkt geworden. Ook zijn de kinderen uit deze onderzoeksgroep allemaal toevallig geboren in het jaar 2003. Het zou kunnen zijn dat er andere resultaten verkregen worden wanneer er kinderen in de onderzoeksgroep zouden zitten uit alle geïnccludeerde leeftijdscategorieën.

H6. Conclusie

Er is onderzocht welk effect PMT heeft op de zelfwaardering van kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis. Dit is onderzocht bij poliklinische cliënten van de kinder- en jeugdpsychiatrische instelling *Karakter* te Ede. Op het eerste gezicht lijkt er een positief effect te zijn van de behandeling met PMT op de zelfwaardering bij deze kinderen. De gemiddelde totaalscore van alle subschalen van de voormeting is namelijk lager in vergelijking met de gemiddelde totaalscore van alle subschalen van de tussenmeting. Daarentegen heeft deze verschilscore van 2,07 een p-waarde van 0,49. Dit houdt in dat er een kans van 49% is, dat het gevonden resultaat op toeval berust en niet op de behandeling van PMT. Dus is er geen significant effect op de verbetering van zelfwaardering aan te tonen in dit onderzoek. Dit houdt in dat we de gestelde hypothese '*PMT heeft een positief effect op de zelfwaardering van poliklinische cliënten van Karakter te Ede met een leeftijd van 8 tot 12 jaar en een normaal intelligentieniveau*' op basis van de resultaten van het onderzoek, niet mogen aannemen. Concluderend beoogt dit onderzoek geen bijdrage te leveren aan het aantonen van de effectiviteit van PMT voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis.

H7. Aanbevelingen

Wanneer er onderzoek wordt gedaan om een bijdrage te leveren aan het aantonen van de effectiviteit van de behandeling met PMT voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrische stoornis, zal een verbreed en groter onderzoek de voorkeur hebben. Wellicht zijn er nog andere aspecten waarbij de behandeling met PMT wel effect heeft, maar die zijn in dit onderzoek niet onderzocht.

Als er opnieuw onderzoek gedaan wordt naar het effect van de behandeling met PMT op de zelfwaardering bij poliklinische cliënten, zal er voor betrouwbare en valide resultaten een groter onderzoek moeten plaatsvinden. Hierbij is het van belang dat er een langere onderzoeksperiode wordt gehanteerd waarbij er veel meer kinderen in de onderzoeksgroep terechtkomen. Wellicht biedt dit ook de mogelijkheid om de onderzoeksgroepsgegevens uit te breiden met informatie over de diagnoses van de cliënten. Op deze manier zullen de resultaten meer inzicht geven op het effect van PMT binnen de verschillende gestelde diagnoses. Daarnaast is een controlegroep van belang om na te gaan of de behandeling met PMT daadwerkelijk voor het beoogde effect zorgt. Wanneer er een experimentele groep en een controlegroep gebruikt worden, meten we namelijk het verschil tussen een onderzoeksgroep met een bepaalde interventie, in vergelijking met een groep die de interventie niet krijgt, maar wel dezelfde kenmerken heeft. Op deze manier is de eventuele verandering toe te schrijven aan de interventie, wanneer de eventuele verandering bij de vergelijkbare controlegroep niet opgetreden is. Ook zal het beter zijn om het onderzoek uit te voeren, waarbij er protocolair gewerkt wordt en de PMT gegeven wordt door dezelfde behandelaar. Daarbij wordt er aanbevolen om kinderen met medicatiewijzigingen te excluderen. Op deze manier zijn er minder aspecten die invloed hebben op het onderzoek. Al deze aanbevelingen zullen ervoor zorgen dat de uitkomsten van het onderzoek meer valide en meer betrouwbaar worden.

Probst, e.a. (2010) maken onderscheid tussen de interventies action-oriented en experience-oriented. Binnen de PMT van *Karakter* maken we gebruik van een combinatie van deze interventie. Het zou interessant zijn om te onderzoeken, of het uitmaakt welke interventie er binnen de PMT wordt toegepast. Zal het effect van de behandeling met PMT op de zelfwaardering hierdoor verschillen? Dit is een vraag die achterblijft bij de onderzoeker, nadat het onderzoek is uitgevoerd.

Concluderend kunnen we stellen dat er meer en verdiepend onderzoek nodig is, om aan te kunnen tonen dat de behandeling met PMT effectief is voor kinderen met (het vermoeden van) een psychiatrisch stoornis.

Literatuurlijst

- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff Uitgevers .
- Bijttebier, P., & Vercruysse, T. (2001). Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK). *Tijdschrift klinische psychologie*, 31(2), 73-76.
- Crocker, J., & Blanton, H. (1999). Social inequality and selfesteem: the moderating effects of social comparison, legitimacy and contingencies of self-esteem. In Tyler, T.R., Kramer, R.M., & John, O.P., *The psychology of the social self* (pp. 171-191). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Egberink, I. (2005). *Kwaliteitsbepaling Competentie Belevingsschaal voor Kinderen Gebruikmakend van Item Respons Theorie*. Enschede: Universiteit Twente, faculteit gedragswetenschappen.
- Elian, C.L., Vermeer, A., & 't Hart, H. (2007). Het meten van competentiebeleving bij kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Kind en Adolescent*, 28, 104-110.
- Emck, C. (2011). Dubbel en dwars. Bewegingsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen. . *Tijdschrift 't Web, Netwerk Rndom Bewegen*, 4, 26-33.
- Emck, C. (2013). Beleving in beweging. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39(5), 320-330.
- Emck, C., Bosscher, R., Van Wieringen, P., Beek, P., & Doreleijers, T. (2010). Opvallend, onhandig, onbesuisd of onzeker? Psychomotorische kenmerken van kinderen met psychiatrische stoornissen. In J. de Lange, *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsinterventies in de ggz* (pp. 195-226). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile*. Denver: University of Denver.
- Hekking, P.J.A.M., & Van den Blink, M.J. (2008). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In De Lange, J., & Bosscher, R.J., *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 173-193). Amsterdam: Boom.
- Kliwer, W. & (1992). Locus of control and self-esteem as moderators of stressors-symptom relations in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*(20), 293-413.
- Laane, R., & Luijk, R. (2012). ROM en positie van zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 135-139.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Brothers.
- Matthys, W. (1993). Zelfwaardering bij kinderen met antisociaal gedrag. Klinische beschouwingen van empirische bevindingen. *Kind en Adolescent*, 14, 187-193.
- Nederlands Jeugd Instituut. (2014). *Instrument Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBSK)*. Opgeroepen op juni 9, 2014, van Nederlands Jeugd Instituut: [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Competentiebelevingsschaal-voor-Kinderen-\(CBSK\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Competentiebelevingsschaal-voor-Kinderen-(CBSK))
- Nederlands Jeugd Instituut. (2014). *Problemen verbandhoudend met benedennormale intelligentie*. Opgeroepen op juni 6, 2014, van Kennis over jeugd en opvoeding: <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/C105x-Problemen-verbandhoudend-met-benedennormale-intelligentie>
- NVPMT. (2009). www.nvpmt.nl. Opgeroepen op juni 9, 2014, van Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie: <http://www.nvpmt.eu/>

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancamfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in the name? *Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Riksen-Walraven, J. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*(28), 16-33.
- Rutter, M. (1987). The role of cognition in child development and disorder. *British Journal of Medical Psychology*(60), 1-16.
- Sachse, H. (2013). Transitie jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg: wat gaat er gebeuren? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 460-462.
- Slot, M.W., & Spanjaard, H.J.M. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: HoutBuitgevers.
- Straathof, M., Treffers, Ph.D.A., Siebelink, B., & Goedhart, A.W. (1991). Eigenwaarde en competentiebeleving: een onderzoek bij 8-12 jaar oude kinderen op een polikliniek kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 375-390.
- Veerman, J. (1989). De competentiebelevingsschaal voor kinderen: Theoretische achtergronden en enkele onderzoeksgegevens. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 28, 286-301.
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Van den Bergh, B.R.H., & Ten Brink, L.T. (1997). *Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK). Handleiding*. Lisse: Swets Test Services.
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Van den Bergh, B.R.H., & Ten Brink, L.T. (2004). *Competentiebelevingsschaal voor kinderen*. Amsterdam: Hartcourt Test Publishers.
- Wijk, I. v. (2001). *Wat is psychomotorische therapie?* Opgeroepen op juni 9, 2014, van PMT Info Site: <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>

Bijlage I De vragenlijst 'Competentie Belevingsschaal voor Kinderen'

INLEIDING CBSK

De CBSK kan zowel individueel als in groepen worden afgenomen.

Bij jongere kinderen(< 10 jr, groep 5/6)) of oudere kinderen die nog moeilijk lezen, heeft individuele afname de voorkeur. Richtlijnen zijn:

- lees elke vraag voor
 - laat ze één van beide alternatieven kiezen en daarna 'helemaal' of 'een beetje' aankruisen
- Bij kinderen ouder dan 10 jaar(groep 7/8) zijn de richtlijnen:*
- handel voor de eerste 3 items als bij kinderen < 10 jaar
 - indien alles goed duidelijk is, kunnen ze daarna voor zichzelf verder gaan.

Richtlijnen moeten flexibel worden gezien, immers elk kind is uniek en is eerder/later met het begrip van bepaalde woorden/uitdrukkingen. Als een kind moeilijk kan kiezen tussen de twee alternatieven, zeg dan iets als: 'het is ook moeilijk om te kiezen, maar probeer toch die kant uit te kiezen, waar je net iets meer op lijkt.'

INTRODUCTIE TEST AAN HET KIND

Ter introductie van de test zou je tegen het kind kunnen zeggen:

"Bovenaan het blad staat "HOE IK MIJZELF VIND". Ik wil graag weten wat voor iemand jij bent, hoe je over verschillende dingen denkt en wat je erbij voelt. Het zijn eigenlijk allemaal vragen die hier staan. Maar je kunt geen fouten maken bij deze vragen! Kinderen zijn heel verschillend, dus iedereen zal wel iets anders denken en opschrijven. Elk antwoord is goed als jij vindt dat het bij je past."

OVERZICHT CBSK-SCHALEN EN KORTE TYPERING

<i>Schoolvaardigheden(SV)</i>	Hoe goed(slim, knap)vindt het kind zichzelf op school, hoe kijkt het kind tegen zijn/haar schoolprestaties aan?
<i>Sociale Acceptatie(SA)</i>	Vindt het kind van zichzelf dat het "erbij hoort"? Meent hij/zij genoeg vrienden te hebben, kan hij/zij makkelijk vrienden maken? Denkt het kind geliefd/populair te zijn?
<i>Sportieve Vaardigheden(SP)</i>	Meent het kind goed mee te kunnen komen in sport, gymnastiek en buitenspelletjes?
<i>Fysieke Verschijning(FV)</i>	Hoe beoordeelt het kind zijn/haar uiterlijk? Hoe vindt hij/zij zichzelf eruit zien?
<i>Gedragshouding(GH)</i>	Vindt het kind dat het zich behoorlijk, 'netjes' gedraagt, geen dingen doet die(moreel)niet mogen? Denkt het kind zich te gedragen zoals van hem/haar wordt verwacht?
<i>Gevoel van Eigenwaarde(GE)</i>	Hoe beoordeelt het kind zichzelf in het algemeen, als persoon? Hoe is zijn/haar algemeen gevoel van eigenwaarde?

SCORING

Scoring verloopt volgens 4 stappen:

1. ieder antwoord krijgt een score volgens de scoringsleutel. Het meest competente antwoord 4, het minst competente 1.
2. alle scores kunnen worden ingevuld bij de verschillende subschalen zoals voorbeeld op het scoringsleutelblad.
3. deze scores kunnen m.b.v. de normtabellen worden omgezet in percentielscores.
4. het gevonden rangpercentiel geeft aan hoeveel procent van de jongens of meisjes lager scoort dan het onderzochte kind.

'HOE IK MIJZELF VIND'

1	helemaal waar		beetje waar		SOMMIGE KINDEREN VINDEN, DAT ZE ERG GOED ZIJN IN HUN SCHOOLWERK	MAAR	ANDERE KINDEREN MAKEN ZICH ZORGEN OF ZE WEL HUN	beetje waar		helemaal waar
2	helemaal waar		beetje waar		SOMMIGE KINDEREN VINDEN HET MOEILIK OM VRIENDEN TE MAKEN	MAAR	ANDERE KINDEREN VINDEN HET BEST GEMAKKELIJK OM VRIENDEN TE MAKEN	beetje waar		helemaal waar
3	helemaal waar		beetje waar		SOMMIGE KINDEREN ZIJN ERG GOED IN SPORT EN GYMNASTIEK	MAAR		beetje waar		helemaal waar
4	helemaal waar		beetje waar		SOMMIGE KINDEREN ZIJN TEVREDEN OVER HOE ZE ER UIT ZIEN	MAAR	ANDERE KINDEREN ZIJN NIET TEVREDEN OVER HOE ZE ER UIT ZIEN	beetje waar		helemaal waar
5	helemaal waar		beetje waar			MAAR		beetje waar		helemaal waar
6	helemaal waar		beetje waar		SOMMIGE KINDEREN ZIJN VAAK ONTEVREDEN OVER ZICHZELF	MAAR	ANDERE KINDEREN ZIJN BEST WEL TEVREDEN OVER ZICHZELF	beetje waar		helemaal waar

SV	SA	SP	FV	GH	GE

7	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN VINDEN ZICHZELF NET ZO SLIM ALS ANDERE KINDEREN	MAAR	ANDERE KINDEREN ZIJN ER NIET ZO ZEKER VAN OF ZE WEL NET ZO SLIM ZIJN	beetje waar	☐	helemaal waar	☐
8	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN HEBBEN EEN HEEL STEL VRIENDEN	MAAR	ANDERE KINDEREN HEBBEN NIET ZO VEEL VRIENDEN	beetje waar	☐	helemaal waar	☐
9	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN HET GRAAG BETER DOEN IN SPORT OF GYMNASIEK	MAAR	ANDERE KINDEREN VINDEN ZICHZELF GOED GENOEG IN SPORT OF GYMNASIEK	beetje waar	☐	helemaal waar	☐
10	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN ZIJN TEVREDEN MET HUN LENGTE EN HUN GEWICHT	MAAR	ANDERE KINDEREN ZOUDEN WILLEN DAT HUN LENGTE OF GEWICHT ANDERS WAS	beetje waar	☐	helemaal waar	☐
11	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN DOEN MEESTAL DE DINGEN ZOALS HET OOK HOORT	MAAR	ANDERE KINDEREN DOEN VAAK DE DINGEN ZOALS HET NIET HOORT	beetje waar	☐	helemaal waar	☐
12	helemaal waar	☐	beetje waar	☐	SOMMIGE KINDEREN VINDEN DE MANIER WAAROP HUN LEVEN GAAT NIET ZO FIJN	MAAR	ANDERE KINDEREN VINDEN WEL DE MANIER WAAROP HUN LEVEN GAAT FIJN	beetje waar	☐	helemaal waar	☐

SV	SA	SP	FV	GH	GE
☐	☐	☐	☐	☐	☐

helemaal waar

13

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN ZIJN LANG BEZIG MET HUN SCHOOLWERK

MAAR

ANDERE KINDEREN KRIJGEN HUN SCHOOLWERK SNEL AF

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

helemaal waar

14

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN GRAAG MEER VRIENDEN WILLEN HEBBEN

MAAR

ANDERE KINDEREN HEBBEN ZOVEEL VRIENDEN ALS ZE MAAR WILLEN

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

helemaal waar

15

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN DOEN GEMAKKELIJK MEE AAN EEN SPORT DIE ZE NOG NOOIT EERDER DEEDEN

MAAR

ANDERE KINDEREN LUKT HET VAAK NIET OM GOED MEE TE DOEN AAN EEN NIEUWE SPORT

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

helemaal waar

16

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN WILLEN DAT HUN LICHAAM ANDERS WAS

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN TEVREDEN MET HUN LICHAAM

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

helemaal waar

17

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN DOEN MEESTAL WAT VAN HEN WORDT VERWACHT

MAAR

ANDERE KINDEREN DOEN VAAK NIET WAT VAN HEN WORDT VERWACHT

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

helemaal waar

18

☐

beetje waar

☐

SOMMIGE KINDEREN ZIJN TEVREDEN MET ZICHZELF ALS PERSOON

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN VAAK NIET TEVREDEN MET ZICHZELF ALS PERSOON

beetje waar

☐

helemaal waar

☐

SV	SA	SP	FV	GH	GE
☐	☐	☐	☐	☐	☐

helemaal waar

19

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN VERGETEN VAAK WAT ZE GELEERD HEBBEN

MAAR

ANDERE KINDEREN KUNNEN ALLES GEMAKKELIJK ONTHOUDEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

20

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN DOEN ALTIJD ALLERLEI DINGEN MET EEN HELEBOEL ANDERE KINDEREN

MAAR

ANDERE KINDEREN DOEN DE DINGEN MEESTAL IN HUN EENTJE

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

21

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN VINDEN DAT ZE BETER ZIJN IN SPORT DAN ANDERE KINDEREN

MAAR

ANDERE KINDEREN VINDEN DAT ZE MINDER GOED ZIJN IN SPORT

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

22

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN WILLEN DAT ZE ER ANDERS UIT ZOUDEN ZIEN

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN TEVREDEN MET HOE ZE ERUIT ZIEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

23

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN KOMEN IN MOEILIKHEDEN DOOR DE DINGEN DIE ZE DOEN

MAAR

ANDERE KINDEREN DOEN MEESTAL GEEN DINGEN WAARDOOR ZE MOEILIKHEDEN VRIJGEBEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

24

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZIJN GELUKKIG MET HET SOORT KIND DAT ZE ZIJN

MAAR

ANDERE KINDEREN WILLEN VAAK LIEVER IEMAND ANDERS ZIJN

beetje waar

helemaal waar

SV	SA	SP	FV	GH	GE

helemaal waar

25

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN DOEN HET ERG GOED OP SCHOOL

MAAR

ANDERE KINDEREN DOEN HET NIET ZO GOED OP SCHOOL

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

26

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN WILLEN DAT MEER KINDEREN HEN AARDIG VONDEN

MAAR

ANDERE KINDEREN DENKEN DAT DE MEESTE KINDEREN HEN WEL AARDIG VINDEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

27

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN STAAN BIJ SPORT EN SPEL VAAK TE KIJKEN IN PLAATS VAN MEE TE DOEN

MAAR

ANDERE KINDEREN SPELEN EERDER MEE DAN DAT ZE ALLEEN MAAR STAAN TE KIJKEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

28

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZOUDEN WILLEN DAT HUN GEZICHT OF HAAR ER ANDERS UIT ZOU ZIEN

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN ER TEVREDEN MEE HOE HUN GEZICHT EN HAAR ER UIT ZIET

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

29

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN DOEN DINGEN WAARVAN ZE WETEN DAT ZE NIET MOGEN

MAAR

ANDERE KINDEREN DOEN BIJNA NOOIT DINGEN WAARVAN ZE WETEN DAT ZE NIET MOGEN

beetje waar

helemaal waar

helemaal waar

30

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZIJN ERG BLIJ MET HOE ZE ZIJN

MAAR

ANDERE KINDEREN ZOUDEN GRAAG ANDERS WILLEN ZIJN

beetje waar

helemaal waar

SV	SA	SP	FV	GH	GE

31

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN VINDEN HET MOEILIK OP SCHOOL EEN ANTWOORD TE BEDENKEN

MAAR

ANDERE KINDEREN WETEN BIJNA ALTIJD WEL EEN ANTWOORD TE BEDENKEN

beetje waar

helemaal waar

32

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZIJN POPULAIR OF GELIEFD BIJ ANDERE KINDEREN

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN NIET ZO POPULAIR OF GELIEFD

beetje waar

helemaal waar

33

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN ZIJN NIET ZO GOED IN EEN NIEUWE SPORT OF NIEUW BUITENSPEL

MAAR

ANDERE KINDEREN ZIJN WEL METEEN GOED IN EEN NIEUWE SPORT OF IN NIEUW BUITENSPEL

beetje waar

helemaal waar

34

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN VINDEN DAT ZE ER GOED UIT ZIEN

MAAR

ANDERE KINDEREN VINDEN DAT ZE ER NIET ZO GOED UIT ZIEN

beetje waar

helemaal waar

35

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN GEDRAGEN ZICH ERG GOED

MAAR

ANDERE KINDEREN VINDEN HET VAAK MOEILIK ZICH GOED TE GEDRAGEN

beetje waar

helemaal waar

36

helemaal waar

beetje waar

SOMMIGE KINDEREN VINDEN DE MANIER WAAROP ZE VEEL DINGEN DOEN NIET GOED

MAAR

ANDERE KINDEREN VINDEN HET PRIMA ZOALS ZE DE DINGEN DOEN

beetje waar

helemaal waar

SV	SA	SP	FV	GH	GE

28

NEDERLANDSE NORMEN CBSK

SCHOOLVAARDIGHEDEN

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	0
8	0	1
9	1	2
10	3	4
11	5	6
12	8	9
13	12	15
14	19	25
15	24	35
16	34	47
17	45	59
18	56	69
19	68	79
20	76	86
21	83	91
22	89	95
23	95	97
24	98	99

SOCIALE ACCEPTATIE

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	0
8	1	0
9	2	1
10	4	2
11	6	4
12	10	9
13	14	12
14	17	17
15	22	25
16	29	33
17	36	44
18	47	56
19	60	66
20	68	74
21	77	82
22	88	90
23	94	94
24	98	98

SPORTIEVE VAARDIGHEDEN

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	1	1
11	2	2
12	3	4
13	5	8
14	8	14
15	14	22
16	22	30
17	31	42
18	43	56
19	53	68
20	63	76
21	72	85
22	80	92
23	88	96
24	96	99

FYSIEKE VERSCHIJNING

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	1
8	0	1
9	1	2
10	1	4
11	2	5
12	3	6
13	5	9
14	8	14
15	12	19
16	17	24
17	21	31
18	25	40
19	32	48
20	40	54
21	51	61
22	61	69
23	75	78
24	91	91

GEDRAGSHOUDING

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	1	1
11	2	2
12	4	2
13	8	3
14	13	7
15	23	14
16	36	24
17	51	36
18	66	52
19	78	67
20	88	75
21	93	83
22	95	90
23	97	94
24	99	98

GEVOEL VAN EIGENWAARDE

SCHAALSCORE	JONGENS	MEISJES
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	1
10	0	1
11	0	2
12	1	3
13	3	4
14	4	6
15	6	9
16	10	12
17	16	21
18	24	33
19	34	42
20	45	51
21	57	62
22	69	76
23	83	91
24	96	99

SCORINGSSLEUTEL CBSK

vraag

1. 4-3-2-1
2. 1-2-3-4
3. 4-3-2-1
4. 4-3-2-1
5. 1-2-3-4
6. 1-2-3-4
7. 4-3-2-1
8. 4-3-2-1
9. 1-2-3-4
10. 4-3-2-1
11. 4-3-2-1
12. 1-2-3-4
13. 1-2-3-4
14. 1-2-3-4
15. 4-3-2-1
16. 1-2-3-4
17. 4-3-2-1
18. 4-3-2-1
19. 1-2-3-4
20. 4-3-2-1
21. 4-3-2-1
22. 1-2-3-4
23. 1-2-3-4
24. 4-3-2-1
25. 4-3-2-1
26. 1-2-3-4
27. 1-2-3-4
28. 1-2-3-4
29. 1-2-3-4
30. 4-3-2-1
31. 1-2-3-4
32. 4-3-2-1
33. 1-2-3-4
34. 4-3-2-1
35. 4-3-2-1
36. 1-2-3-4

schoolvaardigheden

1 7 13 19 25 31

sociale acceptatie

2 8 14 20 26 32

sportieve vaardigheden

3 9 15 21 27 33

fysieke verschijning

4 10 16 22 28 34

gedragshouding

5 11 17 23 29 35

gevoel van eigenwaarde

6 12 18 24 30 36

Bijlage II De volledige data

Onderzoeksgroep:

Cliënt	Geboortedatum	Voormeting	Tussenmeting	Nameting
1.	30-03-2003	22-01-2014	04-03-2014	30-04-2014
2.	26-09-2003	19-03-2014	14-05-2014	
3.	04-02-2003	29-04-2014	02-06-2014	
4.	22-04-2003	09-04-2014	04-06-2014	
5.	06-10-2003	09-04-2014	04-06-2014	

Ruwe scores (*rs*) omgezet in percentielscores (*ps*):

Cliënt 1.		SV	SA	SP	FV	GH	GE
		<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>
Voormeting	22-01-2014	13 / 12	14 / 17	23 / 88	9 / 1	11 / 2	13 / 3
Tussenmeting	04-03-2014	22 / 89	13 / 14	23 / 88	9 / 1	15 / 23	12 / 1
Nameting	30-4-2014	18 / 56	11 / 6	23 / 88	9 / 1	13 / 8	12 / 1

Cliënt 2.		SV	SA	SP	FV	GH	GE
		<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>
Voormeting	19-03-2014	17 / 59	18 / 56	11 / 2	21 / 61	14 / 7	22 / 76
Tussenmeting	14-05-2014	16 / 47	18 / 56	12 / 4	21 / 61	14 / 7	19 / 42
Nameting							

Cliënt 3.		SV	SA	SP	FV	GH	GE
		<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>
Voormeting	29-04-2014	13 / 12	21 / 77	19 / 53	24 / 91	13 / 8	23 / 83
Tussenmeting	02-06-2014	13 / 12	21 / 77	19 / 53	22 / 61	12 / 4	23 / 83
Nameting							

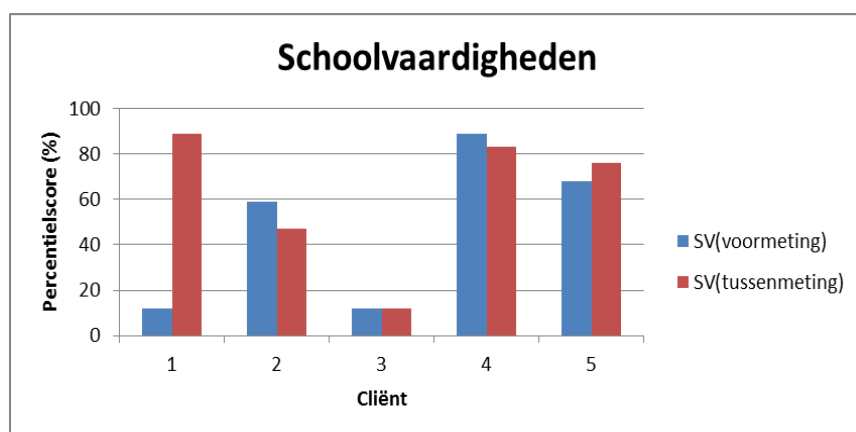
Cliënt 4.		SV	SA	SP	FV	GH	GE
		<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>
Voormeting	09-04-2014	22 / 89	15 / 22	22 / 80	24 / 91	18 / 66	18 / 24
Tussenmeting	04-06-2014	21 / 83	10 / 4	22 / 80	21 / 51	19 / 78	15 / 6
Nameting							

Cliënt 5.		SV	SA	SP	FV	GH	GE
		<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>	<i>rs / ps</i>
Voormeting	09-04-2014	19 / 68	19 / 60	23 / 88	13 / 5	14 / 13	19 / 34
Tussenmeting	04-06-2014	20 / 76	20 / 68	24 / 96	23 / 75	14 / 13	21 / 57
Nameting							

Data per subschaal:

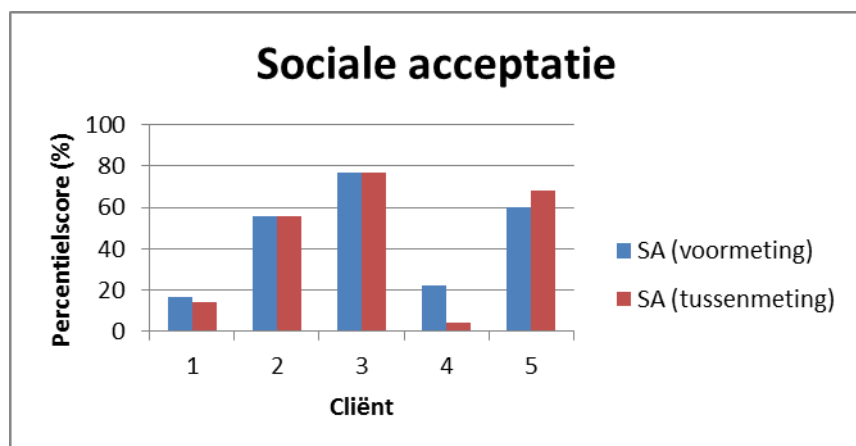
Schoolvaardigheden

Client	SV(voormeting)	SV(tussenmeting)	Verschilscore
1	12	89	77
2	59	47	-12
3	12	12	0
4	89	83	-6
5	68	76	8
Gemiddelde	48	61,4	



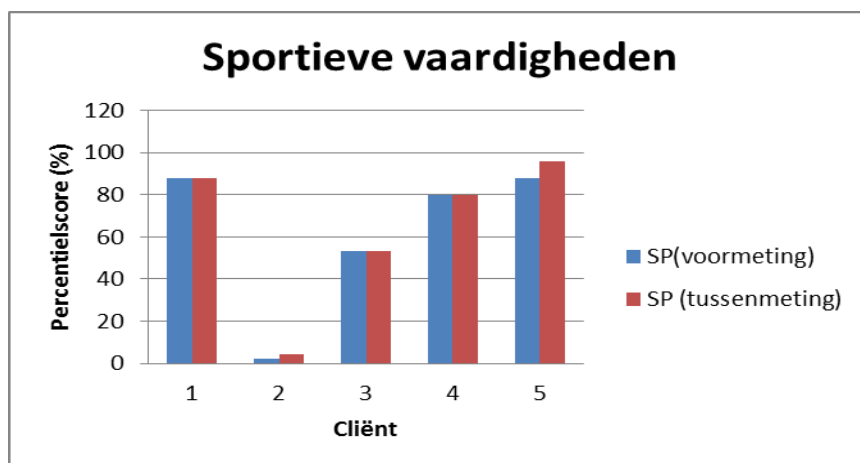
Sociale acceptatie

Client	SA (voormeting)	SA (tussenmeting)	Verschilscore
1	17	14	-3
2	56	56	0
3	77	77	0
4	22	4	-18
5	60	68	8
Gemiddelde	46,4	43,8	



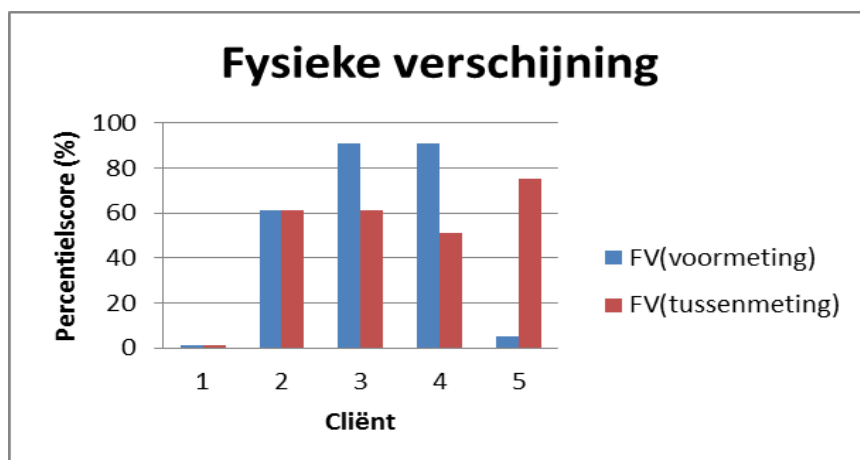
Sportieve vaardigheden

Client	SP(voormeting)	SP (tussenmeting)	Verschilscore
1	88	88	0
2	2	4	2
3	53	53	0
4	80	80	0
5	88	96	8
Gemiddelde	62,2	64,2	



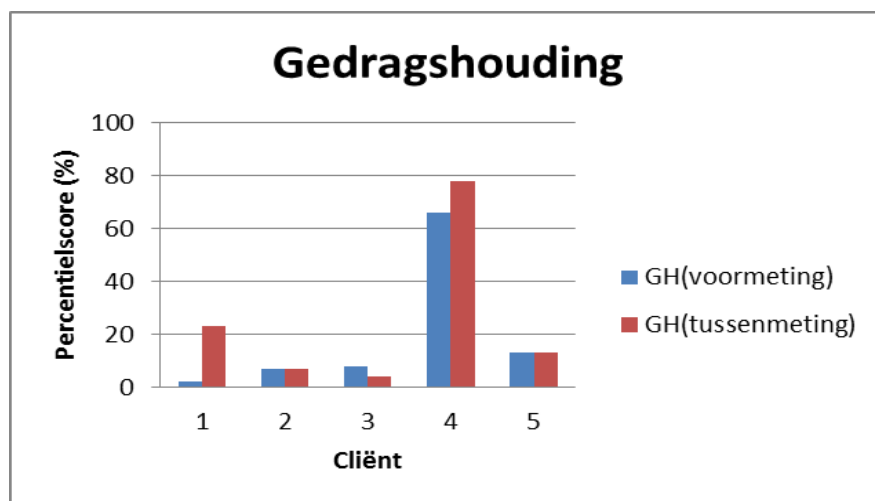
Fysieke verschijning

Client	FV(voormeting)	FV(tussenmeting)	Verschilscore
1	1	1	0
2	61	61	0
3	91	61	-30
4	91	51	-40
5	5	75	70
Gemiddelde	49,8	49,8	



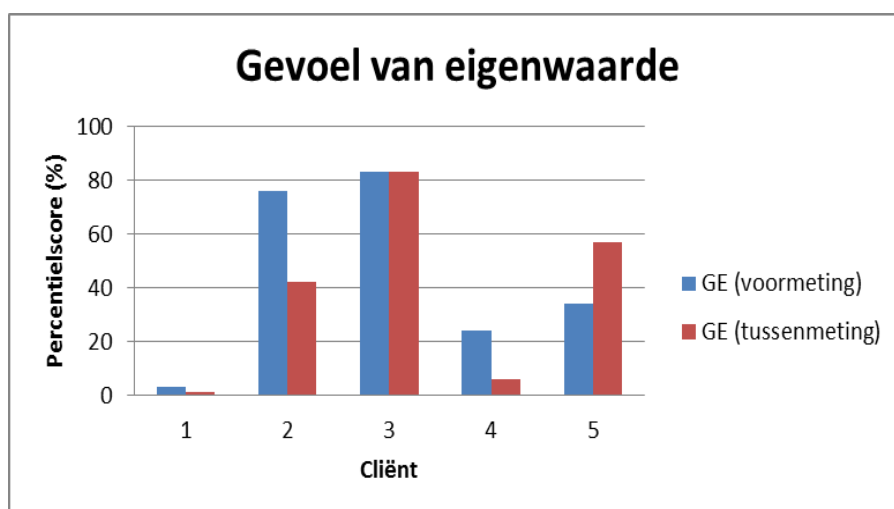
Gedragshouding

Client	GH(voormeting)	GH(tussenmeting)	Verschilscore
1	2	23	21
2	7	7	0
3	8	4	-4
4	66	78	12
5	13	13	0
Gemiddelde	19,2	25	



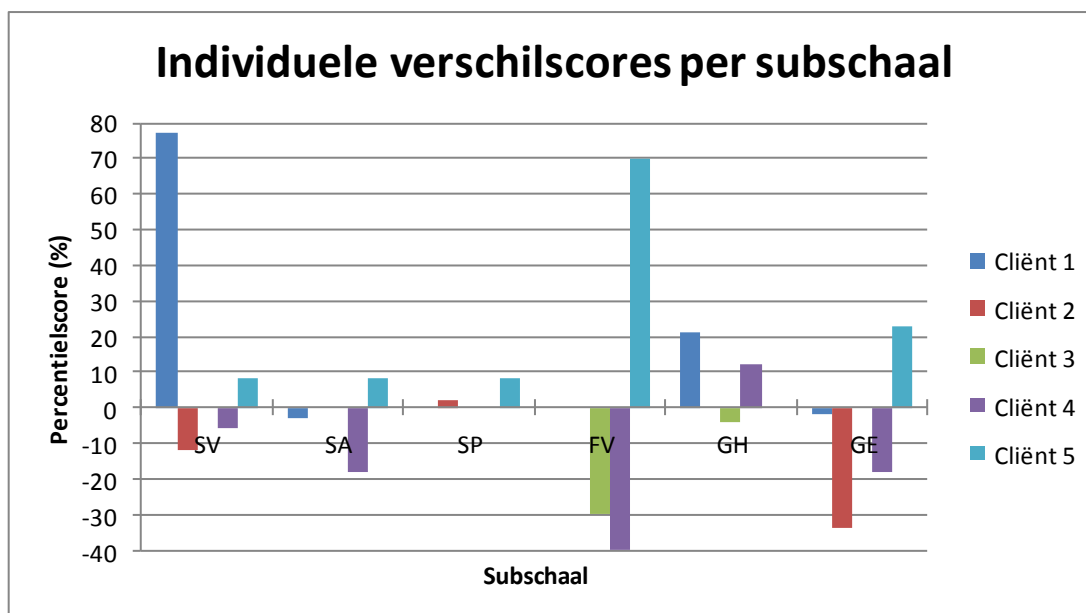
Gevoel van eigenwaarde

Client	GE (voormeting)	GE (tussenmeting)	Verschilscore
1	3	1	-2
2	76	42	-34
3	83	83	0
4	24	6	-18
5	34	57	23
Gemiddelde	44	37,8	



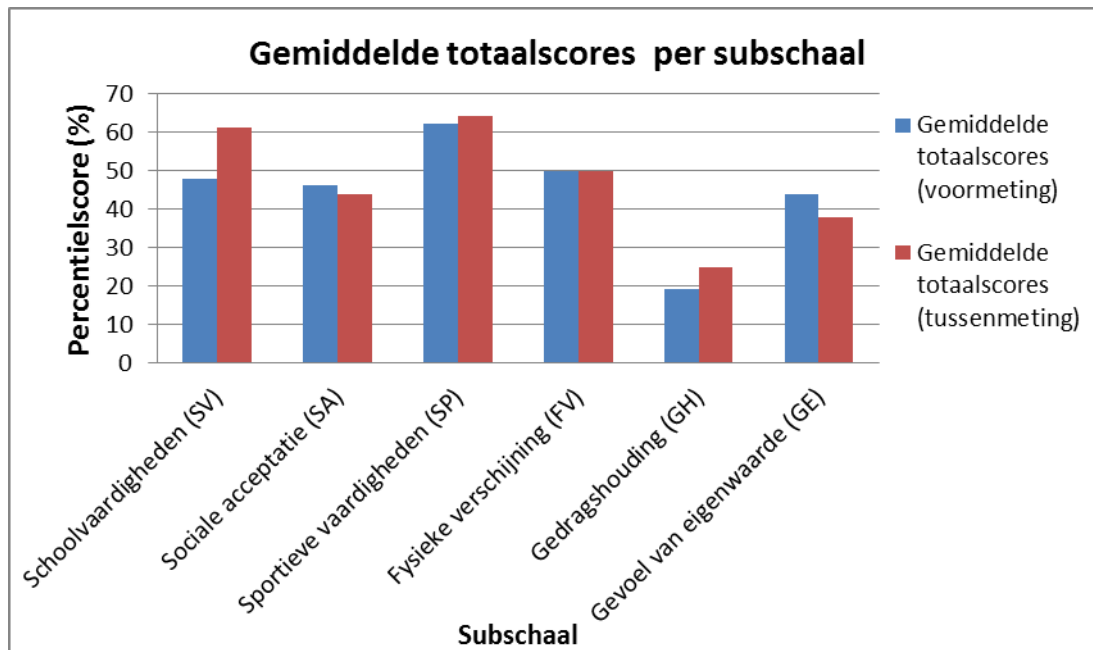
Data individuele verschillscores per subschaal:

Cliënt	SV	SA	SP	FV	GH	GE
1	77	-3	0	0	21	-2
2	-12	0	2	0	0	-34
3	0	0	0	-30	-4	0
4	-6	-18	0	-40	12	-18
5	8	8	8	70	0	23



Data gemiddelde verschillscores per subschaal:

Subschalen	Gemiddelde totaalscores (voormeting)	Gemiddelde totaalscores (tussenmeting)	Verschijscores
Schoolvaardigheden (SV)	48	61,4	13,4
Sociale acceptatie (SA)	46,4	43,8	-2,6
Sportieve vaardigheden (SP)	62,2	64,2	2
Fysieke verschijning (FV)	49,8	49,8	0
Gedragshouding (GH)	19,2	25	5,8
Gevoel van eigenwaarde (GE)	44	37,8	-6,2
<i>Gemiddelde</i>	<i>44,93333333</i>	<i>47</i>	<i>2,066666667</i>



T-toets: twee gepaarde steekproeven voor gemiddelden:

	<i>Variabele 1*</i>	<i>Variabele 2*</i>
Gemiddelde	44,93333333	47
Variantie	199,2906667	217,984
Waarnemingen	6	6
Pearson-correlatie	0,88740532	
Schatting van verschil tussen gemiddelden	0	
Vrijheidsgraden	5	
	-	
T- statistische gegevens	0,735638869	
P(T<=t) eenzijdig	0,247494431	
Kritiek gebied van T-toets: eenzijdig	2,015048373	
P(T<=t) tweezijdig	0,494988863	
Kritiek gebied van T-toets: tweezijdig	2,570581836	

* Waarbij variabele 1 de voormeting betreft en variabele 2 de tussenmeting.