

Ik ben trots



Wat verandert er in het zelfbeeld van dove/slechthorende kinderen in de leeftijd van 9-12 jaar binnen het cluster 2 onderwijs door het aanbieden van PMT?

Auteurs: Inge van Dokkumburg Molenwijk en Petra Kohlman Jobse
Opleiding: Bachelor opleiding Psychomotorische therapie, Zwolle
Scriptie begeleider: Cor Niks
Datum: mei 2012

Voorwoord

Na 3 jaar studeren aan Hogeschool Windesheim, opleiding deeltijd Psychomotorische therapie (PMT), mogen wij onze opleiding afsluiten met een onderzoek en referaat. Het was een unieke ervaring met mooie, maar ook lastige momenten. Zonder hulp van verschillende mensen was het niet gelukt een product als dit neer te zetten. Daarom willen wij gebruik maken van de gelegenheid om de volgende mensen te bedanken: allereerst onze scriptie begeleider Cor Niks voor de deskundige en duidelijke feedback, daarnaast natuurlijk de Enk school voor hun medewerking aan ons onderzoek en in het bijzonder leerkracht Mathilde de Geus, de kinderen die de vragenlijsten hebben ingevuld en de onderzoeksgroep die onze sessies positieve invulling gaf. Kortom alle kinderen die bereid waren om mee te werken aan ons onderzoek en daardoor deze scriptie mogelijk hebben gemaakt.

Verder hebben wij veel steun gehad van het thuisfront, onze echtgenoten, kinderen en verdere familieleden en vrienden. Naast de nodige steun gaven zij ons ook afleiding en momenten om te kunnen ontspannen en met andere dingen bezig te zijn.

Zwolle, Mei 2012.

Petra Kohlman Jobse

Inge van Dokkumburg Molenwijk

Samenvatting

In dit onderzoek is nagegaan of het aanbieden van PMT een positief effect heeft op het zelfbeeld van dove/slechthorende kinderen in de leeftijd van 9-12 jaar op een cluster 2 school.

Er hebben in totaal twaalf kinderen deelgenomen aan het onderzoek, waarvan acht dove kinderen en vier slechthorende kinderen. Zij waren verdeeld over 2 groepen, namelijk een onderzoeksgroep en een controlegroep. Beide groepen bestonden uit zes kinderen, waarvan vier kinderen doof zijn en twee kinderen slechthorend. In de onderzoeksgroep zaten drie meisjes en drie jongens en de controlegroep bestond uit vier meisjes en twee jongens.

De onderzoeksgroep heeft in totaal 10 sessies PMT gehad, waarvan de eerste en laatste sessie bestond uit het invullen van de vragenlijst. De controle groep heeft mee gedaan met de 0-meting en de eindmeting en in plaats van PMT sessies, gymnastiek gehad van de vakleerkracht.

De effecten zijn gemeten met de Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK) (Veerman, Straathof, Treffers, Berg, & Brink, 2004). Deze schaal heeft 6 subschalen, waarvan de subschalen Sociale acceptatie, Gedragshouding, Gevoel van Eigenwaarde en Fysieke verschijning in dit onderzoek zijn gebruikt.

De kinderen van de onderzoeksgroep laten als groep een vooruitgang zien op drie van de vier subschalen namelijk: Fysieke verschijning, Gevoel van Eigenwaarde en Gedragshouding. De score van Sociale Acceptatie is iets gedaald. Hierbij is een onbetrouwbare score weggehaald, waardoor het gemiddelde van de onderzoeksgroep is gedaald. Het is aannemelijk dat dit kind wel een vooruitgang heeft geboekt op Sociale Acceptatie. Individueel geldt de vooruitgang niet op alle subschalen. Het onderzoek is echter beredeneerd vanuit statistische grondbeginselen niet valide en betrouwbaar genoeg om hier harde uitspraken en conclusies aan te verbinden. Het is wel aannemelijk dat Psychomotorische Therapie (PMT) een positief effect heeft op het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen.

Inhoudsopgave:

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave:.....	4
Inleiding.....	5
<i>Aanleiding onderzoeksvraag</i>	<i>5</i>
<i>Probleemstelling</i>	<i>5</i>
<i>Doel.....</i>	<i>5</i>
<i>Relevantie.....</i>	<i>6</i>
<i>Vraagstelling</i>	<i>6</i>
Theoretisch kader.....	6
<i>Zelfbeeld</i>	<i>6</i>
<i>Competentie</i>	<i>7</i>
<i>Zelfbeeld en lichamelijke beperking</i>	<i>7</i>
<i>Wat is er al bekend over zelfbeeld bij dove kinderen?</i>	<i>7</i>
<i>PMT bij dove kinderen</i>	<i>9</i>
<i>Hoe bewegen dove kinderen</i>	<i>9</i>
Methode	10
<i>De Enk school.....</i>	<i>10</i>
<i>Onderzoeksgroep.....</i>	<i>11</i>
<i>Het onderzoek</i>	<i>12</i>
<i>PMT sessies/thema's.....</i>	<i>12</i>
<i>Strategieën en attitude.....</i>	<i>13</i>
<i>Het meetinstrument</i>	<i>13</i>
Resultaten.....	14
Discussie en conclusies	17
<i>Algemeen.....</i>	<i>17</i>
<i>Aanbevelingen</i>	<i>19</i>
<i>Eigen ervaringen.....</i>	<i>20</i>
Literatuurlijst	21
Internetbronnen	22
Hulpbronnen.....	22
Bijlage 1 groepsindeling.....	23
Bijlage 2 Scores nulmeting en eindmeting onderzoeksgroep en controle groep:	24
Bijlage 3 Trainingssessies.....	25
Bijlage 4: Brief aan de ouders.....	27
Bijlage 5 Interview met Mathilde de Geus, dove groepsleerkracht van groep 6-8 Enk school Zwolle.	29

Inleiding

Onderzoek opzet.

Aanleiding onderzoeksvraag

De Enk school is een cluster 2 speciaal onderwijs school voor kinderen met auditieve en communicatieve beperkingen in de leeftijd van 3 tot 13 jaar. Daarnaast kan er bij leerlingen sprake zijn van Autistisch Spectrum Stoornissen en complexe problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden.

Op deze school is Inge van Dokkumburg Molenwijk, deeltijdstudent PMT, werkzaam als vakdocent lichamelijke opvoeding.

Op de Enk school is in het verleden al eens PMT gegeven, voornamelijk aan de dove en slechthorende kinderen. Vanuit de vraag van de Enk school om onderzoek te doen naar het effect van PMT op het zelfbeeld van dove kinderen, besluit Inge Molenwijk haar afstudeeropdracht over dit onderwerp te doen. Zij heeft de gebarencursus Nederlands ondersteund Met Gebaren NMG 1 en 2 gevolgd.

Petra Kohlman Jobse, eveneens deeltijdstudent PMT, heeft gewerkt met dove cliënten en heeft daarvoor de cursus gebarentaal module 3 en 4 gevolgd. Ondanks het feit dat er geen dove cliënten meer op haar werkplek zijn, is de fascinatie voor dove kinderen en volwassenen nog steeds aanwezig. Beiden hebben dus affiniteit met dove/slechthorende kinderen. Hierdoor is een vruchtbare samenwerking ontstaan. Wij wilden graag voor onze eindscriptie een onderzoek doen naar het effect van PMT op het zelfbeeld van dove kinderen. Het onderzoek zal een bijdrage leveren aan de besluitvorming of er wel of geen voortzetting van de PMT op de Enk school zal plaatsvinden.

Probleemstelling

Wij willen meer te weten komen over het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen in de leeftijd van 9 -12 jaar. Wat is het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen en is er effect op het zelfbeeld wanneer zij een aantal weken PMT hebben gehad?

Dove en slechthorende kinderen zijn heel visueel ingesteld en is voor deze doelgroep PMT daardoor juist heel geschikt of niet? Heeft het aanbieden van PMT gerichte interventies effect op het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen? De nadruk ligt in dit onderzoek op het domein therapie of interventie.

Het onderzoek ziet er als volgt uit:

Een groep dove en slechthorende kinderen krijgt naast gymnastiek een aantal sessies PMT.

Een controlegroep dove en slechthorende kinderen van dezelfde leeftijd krijgt naast de gymnastiek nog een extra gymles.

Onderzoeksgroep: gymnastiek + PMT

Controlegroep: gymnastiek + gymnastiek

Doel

Wij willen weten hoe dove en slechthorende kinderen zich zelf zien en of er effect is op het zelfbeeld van dove kinderen door het aanbieden van PMT gerichte interventies. De effecten zullen worden meegenomen in het advies richting de opdrachtgever, de Enk school.

Relevantie

Binnen dit onderzoek spreken wij over een maatschappelijke relevantie. Deze vraag komt vanuit de praktijk en zal bijdragen aan de kennisvermeerdering over effecten van PMT bij het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen.

Vraagstelling

Wat verandert er in het zelfbeeld van dove/slechthorende kinderen in de leeftijd van 9-12 jaar binnen het cluster 2 onderwijs door het aanbieden van PMT.

Theoretisch kader

Zelfbeeld

Voor iedereen is het zelfbeeld erg belangrijk. Het zelfbeeld wordt vaak gekoppeld aan begrippen als zelfvertrouwen, lichaamsbeeld, eigenwaarde en lichaamsbeleving.

Om het begrip zelfbeeld te definiëren worden verschillende termen gebruikt. In de Nederlandstalige literatuur worden bijvoorbeeld termen gebruikt als zelfbeeld, zelfconcept, eigenwaarde, zelfwaardering en zelfconceptie (Korthagen, 2001). In de Engelstalige literatuur is het niet anders, daar zijn het onder andere de termen self-image, self-concept, self-evaluation en self-esteem. Er worden dan ook verschillende definities of omschrijvingen gebruikt. Bongaards & Sas (2000) definieert het zelfbeeld als een mening over jezelf, gevormd door ervaringen van succes en mislukken. Alblas, Heinstra & Van de Sande (2001) beschrijven het zelfbeeld als het beeld waarin het individu de volgens zichzelf kenmerkende hoedanigheden van de eigen persoon samenbrengt. Uit deze definities komen twee richtingen naar voren: de richting waarbij het zelfbeeld een waardering is van jezelf en de richting waarin het zelfbeeld een opsomming is van persoonskenmerken en eigenschappen.

In dit praktijkonderzoek zijn de definities van Brehm et al. (1999), Lawrence (2006) en Bongaards en Sas (2000) gecombineerd tot de volgende definitie: *het zelfbeeld is het beeld dat de jongere over zichzelf vormt door reflectie op - en waardering van zichzelf*. Om tot een waardeoordeel over zichzelf te komen, moet de jongere zich eerst een beeld van zichzelf gevormd hebben. Dit gebeurt door middel van reflectie. Korthagen (2002) beschrijft reflectie als het (her)interpreteren van ervaringen en kennis. In bijvoorbeeld competentiegericht onderwijs is reflectie bedoeld om de leerling of student bewust te laten kijken naar zichzelf en vervolgens zijn of haar handelen aan te passen, te verbeteren (Haacke & Van der Ploeg, 2004). In het kader van zelfbeeldontwikkeling heeft het reflecteren en evalueren van jezelf en je ervaringen niet de functie het handelen aan te passen, maar de persoon kijkt naar zichzelf om zich een beeld te vormen van zichzelf (Brehm et al. 1999). Door reflectie weet de jongere waar hij goed in is en waarin hij minder goed presteert. Vervolgens wordt daar een waardeoordeel aan toegekend. Zoals in de volgende paragraaf wordt beschreven, wordt het waardeoordeel naarmate het kind ouder wordt steeds meer gevormd door zichzelf te vergelijken met anderen.

Competentie

Vanaf het begin van de wetenschappelijke psychologie doet men al onderzoek naar het zelfbeeld. Er wordt door deze onderzoekers niet gesproken over zelfbeeld maar ze gebruiken de term competentie. White ('59) in Rossum ('92) heeft destijds de basis gelegd voor competentiebegrup. De mens krijgt grip op zijn omgeving door te streven zich zodanig te gedragen dat hij ervaart dat beoogde veranderingen in de omgeving plaatsvinden door eigen handelen.

De Jong (z.j.) omschrijft zelfbeeld als volgt: weten wie je bent, wat je kunt, waar je goed en niet zo goed in bent, je kwaliteiten en je leerpunten.

Zelfbeeld en lichamelijke beperking

Hilberink en Wiegerink ('05) hebben onderzoek gedaan naar het zelfbeeld van mensen met een lichamelijke beperking. Zij spreken over drie elementen binnen het zelfbeeld. Over deze elementen hebben mensen ideeën, beelden en emoties. Het eerste element gaat over de eigenschappen die iemand zich toeschrijft. Een voorbeeld is succeservaring bij sport, dit levert een gevoel van autonomie op. Het tweede element is het lichaamsbeeld. Door beperkingen aan het lichaam kan dit minderwaardigheid oproepen. Dit is erg kwetsbaar. Belangrijk is dus te kijken naar de mens en niet naar de beperking. Tot slot het laatste element. Dit gaat over het systeem, hetgeen wat buiten de persoon staat.

Wat is er al bekend over zelfbeeld bij dove kinderen?

De ontwikkeling van het zelfbeeld is voor een groot deel afhankelijk van de taalontwikkeling. Kinderen hebben taal nodig om een beeld van zichzelf te kunnen vasthouden. Het lijkt er op, dat het zelfbesef, het bewust naar jezelf kijken, samenhangt met het verwerven van de mogelijkheid tot het gebruiken van communicatieve symbolen. In de literatuur is geen onderzoek gevonden dat zich richt op het ontwikkelen van het zelfbeeld van dove kinderen. Er zijn wel verschillende onderzoeken gedaan naar de taalontwikkeling bij dove kinderen. Kohnstamm (1988) gaat ervan uit, dat doofheid niet per definitie een belemmering voor de taalontwikkeling hoeft te zijn. Dove kinderen ontwikkelen volgens haar vanzelf een gebarentaal. Het doorbreken van het symbool besef (voorwaarde voor impliciet zelfbeeld) wordt ook voor dove kinderen mogelijk gemaakt door het gebruik van allerlei expressieve gebaren. Spencer en Deyo (in Smith & Hart, 2002) stellen op grond van onderzoek dat gedaan is bij dove kinderen in de lagere schoolleeftijd, dat vooral kinderen met dove ouders een betere taalontwikkeling hebben, betere schoolprestaties leveren en minder problemen hebben op sociaal-emotioneel gebied, dan dove kinderen met niet-dove ouders. De verklaring hiervoor ligt in het gebruik van gebarentaal, wat voor dove ouders vanzelfsprekend is. Deze kinderen krijgen van hun ouders alle symbolen en communicatie mogelijkheden aangereikt, die nodig zijn voor hun ontwikkeling. Dove kinderen lopen door hun handicap het risico, dat zij slechts moeizaam een talige representatie van zichzelf kunnen verwerven. Wanneer zij van jongs af aan worden opgevoed met gebarentaal als volwaardig communicatie middel, zijn zij ook in staat de verschuiving van expliciet naar impliciet zelfbeeld te maken. Of er verschil zit tussen het impliciete zelfbeeld van dove en horende kinderen is nog niet verder onderzocht in het artikel De invloed van doofheid op de ontwikkeling van het zelfbeeld (Pals, J. (2004)).

Tegenwoordig gaan er steeds meer stemmen op voor meer integratie van mensen met een beperking in de samenleving. De dovengemeenschap daarentegen wil uitbouw van scholen voor doven en slechthorenden. In de dovenscholen kunnen de jongeren opgroeien en socialiseren in een

gemeenschap waar het aanvaardbaar is om gebarentaal te gebruiken en waar doof zijn niet gezien wordt als een beperking. Deze scholen hebben voordelen voor jongeren met een auditieve beperking. Jongeren die naar een dovenschool gaan, ontwikkelen een positiever zelfbeeld. In deze scholen wordt doofheid aanvaard en krijgen de jongeren minder te maken met uitsluiting. Ze kunnen zich identificeren met een groep. School is de plaats waar jongeren de mogelijkheid krijgen om relaties met leeftijdsgenoten aan te gaan. Positieve sociale relaties met leeftijdsgenoten blijken van cruciaal belang voor een positief zelfbeeld. Daarnaast zijn er een aantal factoren buiten school, die het zelfbeeld van dove jongeren beïnvloeden. Belangrijk daarbij is de communicatie thuis. Door verschillende onderzoekers (Woolfe en Smith(2001), Bat Chava, 2003, Fister en Kinuthia (2003), Crowe (2005) en Jambor en Elliot (2005)) zijn verbanden geconstateerd dat dove kinderen van dove ouders een positievere zelfbeleving ervaren, dan dove kinderen van horende ouders. Dove kinderen van dove ouders gebruiken thuis gebarentaal, waardoor de taalontwikkeling van deze jongeren groter is dan die van dove jongeren van horende ouders. Deze jongeren moeten gebruik maken van gesproken vaardigheden. Dit maakt het voor de jongeren moeilijker om een goede relatie op te bouwen met hun ouders. Indien een dove jongere niet beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden binnen het gezin, zal hij/zij ook niet voldoende sociale vaardigheden aanleren. Dit heeft een negatief effect op de zelfbeleving van deze jongeren. Deze kinderen kunnen nog wel een positief zelfbeeld opbouwen door naar een dovenschool te gaan. Als de jongeren naar het regulier onderwijs gaan, is het belangrijk dat zij voldoende ondersteuning krijgen en de mogelijkheid er is om positieve sociale contacten op te bouwen. Contact buiten de school met andere dove kinderen blijkt een belangrijke factor om alsnog een positief zelfbeeld te ervaren. Contact met dove leeftijdsgenoten blijft van belang, ongeacht de vorm van onderwijs en de communicatie thuis. Jambor en Elliot (2005) wijzen er op dat ook de aanvangsleeftijd en de graad van gehoorverlies invloed heeft op het zelfbeeld van dove jongeren. Het doof worden op latere leeftijd vraagt om het aanleren van een nieuwe vorm van communicatie. Ze moeten een nieuwe identiteit aanleren (Keyzer, de E. 2008).

Communicatieve factoren zijn van invloed op de ontwikkeling van het dove kind. Als de taalkundige communicatie tussen ouders en hun dove kind niet goed verloopt, kan dit de kans op verstoringen in de ouder-kind relatie vergroten. Daarnaast belemmert dit bij het kind het herkennen en benoemen van emoties, het oplossen van sociale problemen en het leidt tot verstoringen in het zelfbeeld. Het zelfbeeld van dove kinderen ontwikkelt zich positiever in de omgang met andere doven dan in een horende omgeving (Beck, De Jong, 1990). Dove kinderen van dove ouders hebben een positiever zelfbeeld dan dove kinderen van horende ouders. Mogelijke verklaringen, die hiervoor gegeven worden, zijn bijvoorbeeld een evenwichtiger en vroege acceptatie van dove kinderen door dove ouders. Daarnaast is er meer communicatieve afstemming tussen dove kinderen en dove ouders (Obrzut, Maddock, Lee, 1999). Dove kinderen kunnen problemen hebben in de interactie met horende leeftijdsgenoten. Dit kan tot gevolg hebben dat dove kinderen zich sociaal geïsoleerd voelen in het gezin, binnen het reguliere onderwijs en in de buurt (Smith, Sharp, 1994). Dove kinderen die naar het reguliere onderwijs gaan, geven aan dat zij vaker gepest worden op school, zich sociaal vaker geïsoleerd voelen en vaker te maken hebben met sombere gevoelens (Verhulst, F.C. ,Verheij, F. & Ferdinand, R.F. (2003)).

PMT bij dove kinderen

In de PMT staan lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties centraal. Het bewegen wordt gezien als expressie mogelijkheid van gevoelens, gedachten en ervaringen. In de manier van bewegen, laat het kind zien hoe het in relatie staat tot zichzelf en de omgeving. Kinderen uiten in hun bewegen, wat met woorden vaak niet lukt. Omdat in PMT de nadruk ligt op lichaamsbeleving, lichaamswaardering en bewegen, sluit deze therapie direct aan bij het dove kind. Voor dove kinderen speelt het lichaam een extra belangrijke rol, omdat zij bijna uitsluitend visueel communiceren (gebarentaal, spraak afzien en lichaamstaal).

Door dove kinderen aan te spreken op- en in hun natuurlijke uitingvorm (bewegen en lichaamstaal) bestaat de mogelijkheid tot veelvuldig en heel direct positief bekrachtigen. Wanneer de Psychomotorisch Therapeut het gedrag en de beleving tijdens spel en bewegingssituaties benoemt, wordt het dove kind zich bewust van zijn denken, voelen en handelen. Er kan inzicht en reflectie ontstaan. Het therapeutisch proces zit in de wijze van aanbieden door de PMT -er, de betekenis die het kind geeft aan de aangeboden activiteiten en de interventies van de PMT -er.

De interventies kunnen door middel van het materiaal of de sociale context plaatsvinden. Belangrijke gedragstherapeutische technieken voor de PMT -er zijn: positief bekrachtigen en de 5 G's (gebeurtenis, gevoel, gedachte, gedrag, gevolg). Daarnaast een stappenplan en psychodynamische technieken door inzicht in- en bewustwording van- eigen denken, voelen en handelen te krijgen en dit te internaliseren. Bij de Guyot school voor SO zijn zowel de ouders, kinderen en betrokkenen positief over de PMT. De leerkrachten, die ervaring hebben opgedaan met PMT aan één of meerdere kinderen uit hun groep, vinden dat PMT een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling van het kind/de kinderen. Er zijn nog geen contra-indicaties. De therapeut van dove kinderen moet vaardig zijn in communiceren via de Nederlandse gebarentaal en kennis hebben van de ontwikkeling van dove kinderen. Tevens is het belangrijk dat de therapeut inzicht heeft in specifieke aspecten van de dovencultuur.

De ervaring is dat PMT een vorm van therapeutische begeleiding is, die past bij dove kinderen van alle leeftijden en bij verschillende vormen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Bewegen en lichamelijkeheid is een geschikt aangrijpingspunt voor therapie bij dove kinderen. (Boomsma & Sterkman, 2005).

Hoe bewegen dove kinderen

Het bewegen van dove/slechthorende kinderen is over het algemeen meer:

- Passief
- Minder vloeiend
- Statisch
- Kans op atypische bewegingen of vallen (dit heeft te maken met het slechte evenwicht, bij gehoorbeschadiging treedt er vaak evenwichtsstoornis op).
- Het niet weten hoe ze hun armen, benen en lichaam kunnen gebruiken.

Om bovenstaande redenen is aan dove/slechthorende kinderen in de jaren '80 en daarvoor heel vaak ritmiek gegeven op school. De kinderen kregen 3 keer per week ritmiek, naast 2 keer per week gymnastiek. Het waren lessen van 45-60 minuten per keer met veel voelen, ervaren en zintuiglijke ontwikkeling + evenwicht beheersing. Dit gebeurde in groep 0, 1, 2 en 3. In de jaren '90 is dit afgeschaft en daarvoor in de plaats is vooral speeltijd op het rooster gekomen.

De groepsleerkracht van de Enk school zegt hier zelf over: "Dat is jammer, want het was goed, leerzaam en leuk." Ook werd er veel aandacht besteed aan zintuiglijke ontwikkeling en natuurgym.

Methode

De Enk school

Het onderzoek heeft plaats gevonden op de Enk school in Zwolle. De Enk school valt onder Kentalis, voorheen was dit Effatha Guyot.

De Enk school is een regionale school voor speciaal onderwijs (cluster 2) voor kinderen met auditieve- en communicatieve beperkingen als gevolg van hoor en/of spraak- en taal moeilijkheden in de leeftijd van 3 tot 13 jaar. Daarnaast kan er bij leerlingen sprake zijn van een Autisme Spectrum Stoornis en/of complexe problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden. De wet heeft toelatingscriteria vastgelegd voor elk van de type leerlingen in cluster 2. Hieronder wordt verstaan dat men de volgende diagnose heeft:

- Dove kinderen/jongeren : - met of zonder cochleair implantaat
Met meervoudige beperkingen
- Slechthorende kinderen/jongeren
- Kinderen/jongeren met ernstige spraak- en /of taalmoeilijkheden
- Kinderen/jongeren met een autisme spectrum stoornis
(<http://rec2noordnederland.nl>)(mei2012).

Voor dove kinderen en slechthorende kinderen die als doof functioneren, wordt de Nederlandse Gebarentaal (NGT) als voor- en instructietaal gehanteerd. Bij de slechthorende kinderen en kinderen met ernstige spraak -taal moeilijkheden is de instructietaal het gesproken Nederlands met ondersteuning van gebaren (NMG). Verder is het visualiseren van taal, bijvoorbeeld door middel van pictogrammen (herkenbare tekens), het toepassen van audiovisuele hulpmiddelen en gehoorcastjes van groot belang. Binnen het onderzoek wordt ook gebruik gemaakt van gebarentaal om emoties en gevoelens te ondersteunen.

Het onderzoek vindt plaats binnen de doelgroep dove en slechthorende kinderen op de Enk school.

Slechthorende leerlingen:

Bij deze kinderen gaat het om een gehoorstoornis tussen de 35 dB en 80 dB bij het beste oor zonder gehoortoestel (maar indien aanwezig met gebruik van een Cochleair Implantaat dat tenminste twee jaar eerder is aangebracht). Op basis van audiologisch onderzoek, zo nodig aangevuld met logopedisch onderzoek, een gehoorstoornis van > 80 decibel bij het beste oor zonder gehoortoestel (maar indien aanwezig met gebruik van een Cochleair Implantaat (CI), waarbij de leerling kennelijk slechthorend functionerend is).

Er is sprake van een ernstige structurele beperking in de onderwijsparticipatie . Daarnaast heeft de zorg in het regulier onderwijs onvoldoende effect gehad of zal te weinig effect hebben.

Dove leerlingen

Een gehoorstoornis van 80 dB of > bij het beste oor zonder gehoortoestel of een gehoorstoornis tussen de 70 dB en 80 dB bij het beste oor zonder gehoortoestel waarbij de leerling kennelijk doof functionerend is.

NB! Bij leerlingen met een Cochleair Implantaat (C.I) wordt de gehoorbeperking twee jaar na de operatie vastgesteld met gebruik van het C.I.

(<http://www.kentalis.nl>)(mei2012).

Onderzoeksgroep

Aan het onderzoek hebben in totaal 12 kinderen meegewerkt.

Tabel 1 Samenstelling onderzoeksgroep en controle groep

Totale onderzoeksgroep (6)	
Geslacht (% meisjes)	50 %
Leeftijd	10,5 (9-12)
Totale controlegroep (6)	
Geslacht (% meisjes)	66,67%
Leeftijd	10,33 (9-11)

De formering van deze groepen is met behulp van de groepsleerkracht tot stand gekomen, waarbij wel rekening is gehouden met ASS kinderen die moeilijk tegen verandering kunnen. De groepsverdeling is dus niet helemaal willekeurig geweest. Zowel de onderzoeksgroep als de controlegroep bestaat uit 4 dove en 2 slechthorende kinderen. Alle kinderen zijn al vanaf de geboorte doof of slechthorend. De ouders zijn wel bezig met cursussen NMG en GT, maar zij beheersen nog niet allemaal gebaren.

Er is gewerkt in een vaste groep waarin de PMT sessies zijn gevolgd. De PMT sessies werden uitgevoerd met de onderzoeksgroep. De controlegroep kreeg op datzelfde moment lichamelijke opvoeding in de gymzaal. Hierdoor waren de onderzoeksgroep en controle groep gescheiden van elkaar bezig. Hiervoor is gekozen, vanwege de hypothese, dat dit een positief effect van de PMT kan versterken.

De inclusiecriteria om definitief aan dit onderzoek deel te nemen waren:

- 1) De Leerlingen zitten op de Enk school .
- 2) De leeftijd ligt tussen 9 en 12 jaar.
- 3) De leerling heeft een auditieve stoornis
- 4) De leerling moet zelf kunnen deelnemen aan het groepsprogramma en geen moeite hebben met veranderingen?
- 5) De ouders moeten achter de training staan en hieraan ook hun medewerking willen verlenen.

De exclusiecriteria waren:

- 1) De leerling heeft al eerder deelgenomen aan een training waarbij het zelfbeeld centraal staat binnen een PMT sessie.
- 2) De leerling vertoont storend gedrag dat de veiligheid in de groep beïnvloed.
- 3) Onderliggende ernstiger psychopathologie.

Het onderzoek

Het onderzoek is vergelijkend kwantitatief onderzoek. De vragenlijsten die worden afgenomen leveren bepaalde scores op, die in tabellen en grafieken uitgezet kunnen worden. Het is een longitudinaal onderzoek. De proefpersonen doen eerst een nul-meting, dan een aantal sessies PMT en tot slot word het onderzoek afgerond met een eindmeting.

Er hebben 10 PMT sessies plaatsgevonden, waarbij in de eerste (nulmeting) en de laatste sessie (eindmeting) gemeten is hoe de kinderen over zichzelf dachten.

De vragenlijst is tegelijkertijd afgenomen bij de controlegroep en de onderzoeksgroep. Alle kinderen zaten in een klaslokaal. De instructie is klassikaal gegeven en vervolgens hebben de leerlingen zelfstandig de vragenlijst ingevuld. Er was ruimte voor het stellen van vragen of het inschakelen van hulp.

PMT sessies/thema's

De trainingsvormen zijn vooral geïnspireerd op gedragstherapeutische principes. Voor de sessies hebben we gebruik gemaakt van de methode Ho, tot hier en niet verder...! Een groepsgerichte training ontwikkeld door Jooske Kool. (<http://www.uiteigenbeweging.nl>) (mei 2012).

Deze methode wil een bijdrage leveren aan de psychosociale weerbaarheid van kinderen. Het doel van de methode is het vergroten van de emotionele, sociale, cognitieve, lichamelijk/motorische vaardigheden van kinderen, waarmee zij naar vermogen grip krijgen op- en contact hebben met-zichzelf en de wereld om zich heen. Deze training richt zich ook op de ouders, dat is in dit onderzoek niet haalbaar en daardoor niet aan de orde geweest. Voorop staat, het voor jezelf leren zorgen in relatie tot de ander en met respect voor jezelf en de ander vanuit het idee: de enige die altijd bij je is om voor jezelf te zorgen, ben je zelf (Spelenderwijs, jaargang 12, nummer 2, december 2007). Belangrijk is het opdoen van positieve ervaringen, die het gevoel van eigenwaarde versterken. De thema's, die in deze methode gebruikt worden, zijn heel passend voor ons doel en herkenbaar voor de kinderen. Voorbeelden hier van zijn: "ik ben belangrijk" en "ik ben trots op mijzelf". Er is voor het onderzoek gekozen om te werken aan de hand van thema's die voor kinderen voor de hand liggen en een betekenis oproepen. Er is gekozen voor de volgende thema's:

- Kennismaken Ik ben belangrijk
- Stevig staan Ik zorg voor mezelf
- Zelfbeeld Ik ben goed
- Opkomen voor jezelf Ik vertouw op mijn gevoel.
- Grenzen – opkomen voor jezelf Ik mag ook nee zeggen
- Vertrouwen en samenwerken Ik heb respect voor mezelf en de ander
- Afsluiting Ik ben trots op mezelf

In bijlage 3 is de trainingsopzet weergegeven met de te behandelende thema's, doelen en geadviseerde oefenvormen.

De sessies werden gegeven in een speellokaal binnen de school. Een relatief kleine oefenruimte, maar door de groepsgrootte van 6 kinderen was deze ruimte geschikt. In de ruimte staan verder geen toestellen en achter een muur ligt wat klein materiaal.

Zoals hier voor staat beschreven is er voor dit onderzoek voor bovenstaande thema's gekozen vanwege de herkenbaarheid voor kinderen. De gekozen thema's zijn wel weer terug te plaatsten in de PMT thema's die de opleiding Psychomotorische therapie gebruikt.

- Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.): vooral tijdens de diverse spel- en oefenvormen waarbij we ballen gebruiken.
- Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.): in alle oefenvormen is dit thema van belang. Bij alle vormen doen de kinderen de oefeningen met iemand samen of met de hele groep. De sociale factor komt veel terug en is belangrijk voor de doelgroep. Hier moeten ze juist meer in oefenen.
- Ruimte: komt aan de orde bij de verschillende loopvormen door de ruimte, lopen door een steeds kleinere ruimte, de controlled approach oefening en het eigen plekje maken met de touwtjes.
- Kracht: staan als een boom, stevigheid.
- Lichaamsbeleving: Bij alle oefenvormen wordt ook stil gestaan bij gevoel. Wat voel je nu in je lichaam. Waarom stop je nu met lopen, waarom is je plekje zo groot en hoe voelt het plekje van een ander?
- Vertrouwen: Vooral bij de acrobatiek, oefeningen met leiden –volgen is dit heel duidelijk aan de orde. De oefeningen in 2-tallen, waarbij de kinderen elkaar ondersteunen en achter -en voorover laten vallen. Daarnaast tijdens alle sessies wel, door het uit spreken van: wat je voelt, denkt, kunt.....
- Relaxatie: Tijdens de sessies is dit thema niet verwerkt.

Strategieën en attitude

Binnen de PMT sessies is 'ervaringsgericht-stimulerend werken' als strategie leidend geweest. Deze strategie was vooral gericht op het opdoen van positieve nieuwe ervaringen (NVPMT, 2009). Hierbij was het belangrijk dat de kinderen hun gevoelens konden uiten en delen binnen de groep.

Tijdens alle sessies staat het lichaam en het bewegen centraal. Het kind leert zichzelf kennen door te bewegen. In beweging komt het kind in contact met zichzelf, de ander en de omgeving. Juist door bewegen kan een kind uiten wat in woorden vaak niet lukt. Juist voor dove en slechthorende kinderen is dit heel belangrijk, omdat ze heel visueel ingesteld zijn en moeite hebben om gevoelens uit te spreken.

Alle sessies hadden een vaste structuur, waarbij met een kringgesprek werd gestart. Vervolgens een spel, eventueel aangeboden door één van de kinderen uit de onderzoeksgroep. Aansluitend oefenvormen rondom een thema, tot slot een eindspel. Tijdens de sessies ligt er in de hoek een mat, waar de kinderen heen kunnen gaan als ze boos, moe of verdrietig zijn. Eén van de twee therapeuten komt dan even informeren en eventueel wordt hier als groep over gesproken.

Tijdens de eerste sessie is al zichtbaar dat de kinderen in het spel weinig oogcontact maken. Dit wordt een aandachtspunt. Bijvoorbeeld door de interventie dat de bal alleen maar gegooid mag worden naar een ander als er oogcontact is.

Daarbij zal de attitude van de therapeut uitdagend, steunend en sturend zijn.

Het positief bekrachtigen en benadrukken van datgene waar de kinderen goed in zijn staat voorop. Waar ben je goed in? Waar ben je trots op?

Het meetinstrument

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBSK) (Veerman, Straathof, Treffers, berg, &Brink 2004). Dit is een instrument om vast te stellen hoe kinderen hun eigen functioneren beoordelen. De test geeft een indruk van de wijze waarop een kind

zichzelf ervaart en hoe hij/zij zijn eigen vaardigheden en/of adequaatheid op een aantal relevante levensgebieden inschat. De test meet aspecten van zelfwaardering bij kinderen.

De test is bedoeld voor kinderen van 8-12 jaar, die onderwijs volgen op een reguliere basisschool. De kinderen uit de controlegroep en de onderzoeksgroep zijn kinderen uit groep 6-8 en tussen de 9 en 12 jaar oud. De kinderen uit het onderzoek volgen echter geen regulier onderwijs. In de handleiding van CBSK staat hierover dat de gegevens van de basisschoolgroep zijn vergeleken met een vrijwel even grote klinische groep. Hierin werden geen verschillen aangetroffen waaruit de conclusie werd getrokken dat de CBSK ook bruikbaar is voor kinderen die voor jeugdhulpverlening of geestelijke gezondheidszorg zijn aangemeld. Gebruik van de CBSK is in groepen kinderen met emotionele- en gedragsproblemen verantwoord. Over het gebruik van de CBSK bij groepen kinderen met cognitieve achterstanden is minder bekend. De test is in principe ook bruikbaar voor de kinderen van de Enk school die mee gewerkt hebben aan het onderzoek. Wel zullen deze kinderen wat meer moeite hebben met het begrijpen en lezen van de items.

De vragenlijst bestaat uit 36 items verdeeld over zes subschalen, namelijk: schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde.

Voor het onderzoek zijn de subschalen, schoolvaardigheden en sportieve vaardigheden niet relevant en daarom worden deze vragen uit de vragenlijst weggelaten. Deze sluiten minder goed aan bij het zelfbeeld.

De afnametijd voor de test is kort. De afnameduur bedraagt tussen de 15 en 20 minuten. Hier is bij dit onderzoek iets meer tijd voor uitgetrokken omdat er gestart is met een gezamenlijke uitleg, even voorstellen en het hoe en waarom vertellen.

Voor het kunnen invullen van de lijst is een normale intelligentie vereist en een leesvaardigheid op het nivo van groep 5 of hoger. De onderzoeksgroep voldoet aan deze eisen.

Vragen die in de CBSK voorkomen zijn:

1. Sommige kinderen zijn tevreden over hoe ze er uit zien – maar – andere kinderen zijn niet tevreden over hoe ze er uit zien.
2. Sommige kinderen hebben een heel stel vrienden – maar – anderen hebben niet zo veel vrienden.
3. Sommige kinderen zijn tevreden met zichzelf als persoon – maar – andere kinderen zijn vaak niet tevreden met zichzelf als persoon.

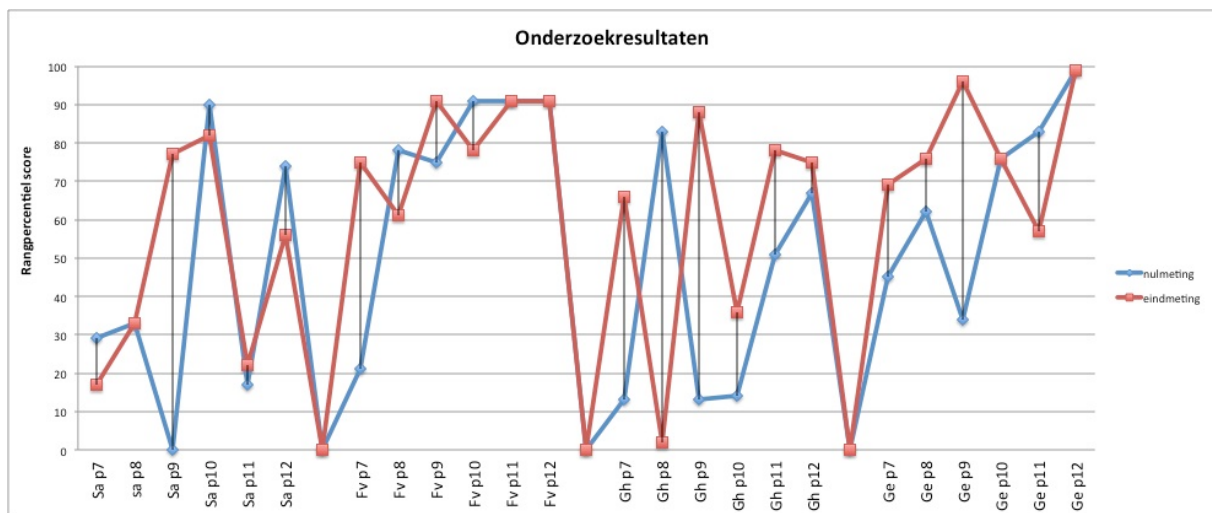
De vragen worden beantwoord op een 4 puntsschaal waarbij het kind moet kiezen tussen een van de twee stellingen en dan aangeven of het een beetje waar is of helemaal waar voor hem/haar.

Resultaten

De samenstelling van de onderzoeksgroep (figuur 1) laat zien dat er 6 proefpersonen hebben deelgenomen aan het onderzoek (p7 t/m p12 bijlage 2). De controle groep bestaat ook uit 6 personen(p1 t/m p6 bijlage 2). De resultaten van de 0 meting en eindmeting zijn door alle proefpersonen ingevuld.

De resultaten zijn geanalyseerd in 2 delen, de onderzoeksgroep en controlegroep. Daarbij is gekeken naar de ruwe scores van de onderzoeksgroep ten opzichte van de controlegroep. Daarnaast worden binnen de onderzoeksgroep de resultaten vergeleken van de nulmeting ten opzichte van de eindmeting. Er wordt geen vergelijking gedaan tussen jongens en meisjes omdat de onderzoeksgroep hiervoor te klein is.

Vergelijking scores nul meting en eindmeting onderzoeksgroep.



Figuur 1 Vergelijking nul meting en eindmeting onderzoeksgroep.

Individuele resultaten van kinderen uit de onderzoeksgroep. Voor deze individuele grafieken zijn de rangpercentiel scores gebruikt. Deze scores geven een indruk van de relatieve positie van een onderzocht kind ten opzichte van kinderen uit de normgroep. De rangpercentiel geeft aan hoeveel procent van de jongens en meisjes lager scoort dan het onderzochte kind. De individuele scores vertonen bij sommige kinderen grote verschillen tussen de nul- en eindmeting.

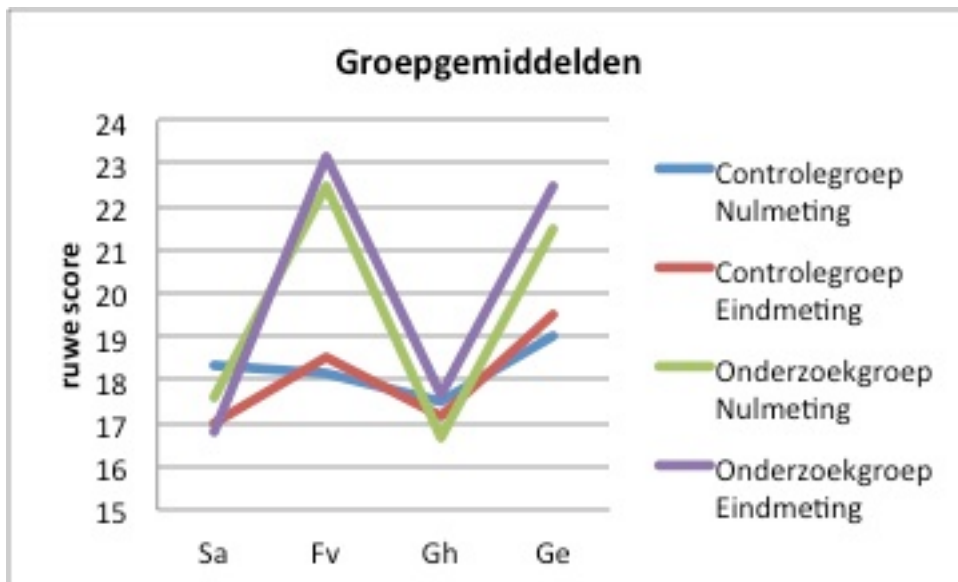
Bij Sociale Acceptatie scoren drie kinderen lager bij de eindmeting. Eén kind scoort hetzelfde en twee kinderen hoger waarbij één kind extreem hoger van 0 naar 77. Bij deze laatste score kan aangenomen worden dat dit kind de eerste of tweede keer de vragenlijst niet goed heeft begrepen. Deze resultaten zijn onbetrouwbaar en onbruikbaar voor het onderzoek wegens het niet begrijpen van de vragen. Deze score is daarom niet meegenomen bij de gemiddelden van de onderzoeksgroep op sociale acceptatie (figuur 2). Er is bij Sociale Acceptatie uitgegaan van 5 personen en daarvan is het gemiddelde genomen en in de grafiek gezet. Bij de drie andere subschalen is er gewerkt met het gemiddelde van 6 personen.

Bij Fysieke Verschijsing scoren twee kinderen gelijk, twee kinderen iets hoger en twee kinderen iets lager.

Bij Gedragshouding laat de meting ook grote verschillen zien. Vier kinderen scoren hoger bij de eindmeting wat betekent dat meer kinderen lager dan hen scoren in vergelijking met de nul meting. De meting laat ook één kind zien dat extreem laag scoort bij de eindmeting in vergelijking met de nul meting.

Binnen de subschaal gevoel van eigenwaarde scoren twee kinderen bij de nul meting hetzelfde als bij de eindmeting. Drie kinderen scoren hoger bij de eindmeting dan bij de nul meting en één kind scoort lager bij de eindmeting dan bij de nul meting.

Vergelijking controle groep en onderzoeksgroep.



Figuur 2. Vergelijking gemiddelden controlegroep en onderzoeksgroep (ruwe schaalscores).

Hier is de score van P9 op Sociale Acceptatie (SA) uit gehaald omdat deze score niet betrouwbaar/buikbaar was wegens niet begrijpen van de vraag.

Het gebruik van rangpercentiel scores bij groepen heeft beperkingen, het is minder betrouwbaar dan het gebruik van de ruwe scores. Een punt meer of minder rond het gemiddelde (ruwe scores) kan al een groot aantal rangpercentielen schelen. Een stijging van rangpercentielen rond het gemiddelde heeft minder betekenis dan een stijging aan de uiteinden. In figuur 2 is gebruik gemaakt van de ruwe schaalscores om de verschillen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep in de begin- en eindmeting op de subschalen zichtbaar te maken.

In deze grafiek is bij de onderzoeksgroep een positieve trend zichtbaar op de subschalen Fysieke Verschijning, Gedragshouding en Gevoel van Eigenwaarde en een lichte daling op de subschaal Sociale Acceptatie. Bij de controlegroep is een daling op de subschalen Sociale Acceptatie en Gedragshouding zichtbaar en een stijging op Fysieke Verschijning en Gevoel van Eigenwaarde.

Discussie en conclusies

Algemeen

In dit laatste hoofdstuk worden de hierboven beschreven resultaten geïnterpreteerd en conclusies geformuleerd. De hoofdvraag is: Wat verandert er in het zelfbeeld van dove/slechthorende kinderen in de leeftijd van 9-12 jaar binnen het cluster 2 onderwijs door het aanbieden van PMT.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het goed eerst te kijken naar de vergelijking met de controle groep. Het onderzoek is gedaan met slechts 6 kinderen, waardoor er geen sprake is van een harde conclusie. Het gaat voornamelijk om het aannemelijk maken van bepaalde resultaten.

Het feit dat er wordt gewerkt met aaneengesloten roosters, waarin niet geschoven kan worden, was een belemmerende factor bij het werken met een PMT groep en een controlegroep binnen de Enk school. Uiteindelijk is er gestart met een groep van 12 kinderen van groep 6-8 uit de unit doof/slechthorend. Deze kinderen hebben twee keer per week gymnastiek. Omdat het vanwege het rooster niet haalbaar was om zowel een extra PMT- stuk voor de onderzoeksgroep als extra gymnastiek voor de controlegroep in te plannen, is er voor gekozen om de vakleerkracht de 6 kinderen van de controlegroep het 2^e uur gymnastiek te laten geven. Tegelijkertijd is er aan de onderzoeksgroep in een andere zaal PMT gegeven. Zodoende blijft het onderzoek gehandhaafd. Namelijk 6 kinderen uit de onderzoeksgroep PMT en tegelijkertijd 6 kinderen uit de controle groep gymnastiek. Daarnaast hebben alle kinderen nog een keer gezamenlijk gymnastiek in de week. Ondanks dat er verteld werd wat de controlegroep aan activiteiten gedaan heeft, maakt dit het onderzoek minder betrouwbaar. De verantwoordelijke personen, in dit geval de 2 therapeuten, waren niet actief aanwezig en betrokken bij de activiteiten van de controlegroep.

De resultaten van de nul meting laten zien, dat de kinderen vooral laag scoren op de vaardigheid Sociale Acceptatie en Gedragshouding. Op de vaardigheid Fysieke Verschijning scoren ze daarentegen opvallend hoog. De kinderen zijn dus over het algemeen wel tevreden over hun uiterlijk, maar minder tevreden over het contact met vriendjes en leeftijdsgenoten en hun gedrag. Met deze resultaten is het dus ook belangrijk om aandacht te besteden aan contact, vertrouwen en samenwerking. De interventies zullen dus ook veel op dit gebied liggen.

Vanuit de literatuur is dit wel aannemelijk. Dove en slechthorende kinderen zijn heel visueel ingesteld, wat de hoge score op fysieke verschijning kan verklaren. Bij het sociale aspect daarentegen spelen de communicatieve factoren een grote rol. Het herkennen en benoemen van emoties en het oplossen van sociale problemen is moeilijk en vraagt om begeleiding. De meeste dove en slechthorende kinderen vinden sociale situaties en contact met andere kinderen moeilijk. Het is belangrijk om bij de begeleiding hiervan gebarentaal te gebruiken. Mathilde de Geus, dove groepsleerkracht van groep 6-8 geeft aan, dat de kinderen inderdaad veel betere prestaties leveren, doordat alles in gebarentaal wordt gedaan. Kinderen die vorig jaar nog in een klas zaten waar niet alles met gebarentaal werd gedaan, scoren nu veel beter dan in een klas waar alles met gebarentaal wordt behandeld. Voordeel van het gebruik van gebarentaal is dat de lessen meer visueel worden. Hierdoor gebruiken de kinderen meer hun emotie en mimiek.

Bij de individuele scores van de onderzoeksgroep lopen de scores van de nul- en eindmeting van P7 en P8 (figuur 1) wel erg uiteen. De verschillen in de nul- en eindmeting zijn zo groot, dat hierbij getwijfeld kan worden aan de betrouwbaarheid van het invullen van de vragenlijsten. Ook bij P9

(figuur 1) is er een groot verschil tussen de beide metingen, vandaar dat de score van dit kind op de subschaal Sociale Acceptatie uit de gemiddelde resultaten is gehaald.

Veel kinderen hadden enige moeite met het invullen van de vragenlijsten. Dit kan veroorzaakt worden door hun handicap. Voor dove kinderen is zowel gesproken Nederlands als geschreven, schriftelijke taal niet hun moedertaal, maar een tweede taal. Nederlandse gebarentaal is de moedertaal. De meeste kinderen hebben vaak ook nog op oudere leeftijd een beperkte woordenschat en beperkte grammaticale kennis. Daardoor hebben dove kinderen meer moeite met lezen en schrijven (Verhulst, F.C., Verheij, F. & Ferdinand, R.F. (2003)).

Deze moeite met het begrijpen en lezen van de vragen kan tot vertekening in de scores leiden. De validiteit kan hierdoor zijn aangetast.

In figuur 2 is een vergelijking van gemiddelden van de controlegroep en onderzoeksgroep met ruwe schaalscores inzichtelijk gemaakt. De scores van de onderzoeksgroep zijn voor 3 subschalen gestegen en voor 1 subschaal licht gedaald. Bij de controlegroep is dit niet het geval en schommelen de resultaten van de eindmeting om de nulmeting heen. De scores van sociale acceptatie en gedragshouding zijn een punt gedaald en de scores van fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde zijn een punt gestegen. Bij de onderzoeksgroep is de score van sociale acceptatie gedaald in de eindmeting. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de onbetrouwbare score hier niet in meegenomen is. De hypothese is dat dit kind wel vooruitgang heeft geboekt op de score Sociale Acceptatie, wat aannemelijk maakt dat de gemiddelde eindscore van Sociale Acceptatie voor de onderzoeksgroep gelijk gebleven of gestegen zou zijn ten opzichte van de nulmeting. De scores voor Gedragshouding en Gevoel van Eigenwaarde zijn allebei een punt gestegen ten opzichte van de nulmeting en de gemiddelde score van Fysieke Verschijning is licht (half punt) gestegen. De scores voor Fysieke Verschijning waren al hoog bij de start van de PMT sessies en de scores voor Sociale Acceptatie daarentegen waren laag bij aanvang van de PMT sessies.

Hieruit kunnen we aannemen, dat het aanbieden van PMT een positief effect heeft op de Sociale Acceptatie. Dit komt ook duidelijk naar voren in het theoretisch kader onder PMT bij dove kinderen. PMT is een vorm van therapeutische begeleiding, die past bij dove en/of slechthorende kinderen van alle leeftijden en bij verschillende vormen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek (Boomsma & Sterkman, 2005). Ook op de subschalen Gedragshouding, Fysieke Verschijning en Gevoel van Eigenwaarde heeft PMT een positief effect gehad. Daarbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat het hierbij om een kleine positieve groei gaat. Toch mag hier een voorzichtige conclusie worden getrokken, namelijk dat de positieve bekrachtiging tijdens de training een positief effect heeft op de Gedragshouding van de kinderen. Voor de groei in het Gevoel van Eigenwaarde kunnen we aannemen dat de feedback van de therapeuten en de andere kinderen in de groep heeft bijgedragen aan een reëler beeld van zichzelf.

In de grafiek is ook duidelijk te zien dat de scores van sociale acceptatie en gedragshouding van de onderzoeksgroep in de nulmeting, onder de scores van de controlegroep liggen. In de eindmeting zijn alle scores van de onderzoeksgroep hoger (Sociale Acceptatie gelijk) dan de scores van de controlegroep. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het aanbieden van PMT een positief effect heeft gehad. Met deze resultaten kan een positief advies naar de Enk school worden afgegeven. De Enk school gaat onderzoeken of er een mogelijkheid is om een vervolg traject PMT aan te bieden.

Dit is afhankelijk van financiële middelen vanuit de zorg. Los van de financiële haalbaarheid wordt op voorhand al wel als voorwaarde gesteld dat een eventuele Psychomotorische therapeut gebarentaal vaardig is.

Er is een statistische analyse SPSS uitgevoerd, waarbij er geen significantie is gevonden. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de metingen met deze hoeveelheid kinderen en data niet betrouwbaar zijn om te spreken van een Evidence based gefundeerd onderzoek. Kortom de metingen zijn niet valide en betrouwbaar genoeg om op basis van statistiek duidelijke uitspraken te doen.

Naar aanleiding van de resultaten van de metingen (figuur 2) is het wel aannemelijk dat het aanbieden van PMT een positief effect heeft op het zelfbeeld van dove en slechthorende kinderen. Uit bovenstaande moet echter ook geconcludeerd worden dat er te weinig bewijs is om dit echt hard te maken.

Aanbevelingen

Achteraf kan geconcludeerd worden dat met betrekking tot het afnemen van de vragenlijsten de vragen beter klassikaal behandeld hadden kunnen worden. Tevens is het raadzaam om de vragen met gebarentaal d.m.v. een tolk te ondersteunen. Er was teveel onduidelijkheid bij de kinderen en in het begin werden er nog veel fouten gemaakt bij het invullen. Dit is wel hersteld, maar maakt het onderzoek minder betrouwbaar. De vraag blijft staan of de kinderen de vragen wel echt goed begrepen hebben en dus ook goed ingevuld hebben, ondanks de instructies en hulp die gegeven is. Ook hadden sommige kinderen de vragenlijst snel af omdat ze moeite hadden met de concentratie. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat het tijdstip van afname aan het einde van de middag, niet de optimale tijd is. Een aanbeveling hiervoor is te overwegen om de vragenlijst al aan het begin van de dag af te nemen, zodat de kinderen minder vermoeid zijn.

Om het onderzoek valide te maken is het belangrijk om meer kinderen deel te laten nemen aan het onderzoek. In dit onderzoek was dit niet mogelijk, omdat er niet voldoende kinderen beschikbaar waren om aan het onderzoek mee te werken.

Daarnaast heeft het de voorkeur, om zowel de gymnastiek lessen als de PMT sessies door dezelfde personen te laten verzorgen. Hierdoor is het meer inzichtelijk welke interventies er gedaan worden en met welke attitude.

Voor een beter resultaat is het ook raadzaam om de thuissituatie bij het onderzoek te betrekken, bijvoorbeeld door het meegeven van huiswerk opdrachten. Hierdoor kan de thuissituatie ook een bijdrage leveren.

In dit onderzoek hebben er 10 PMT sessies plaatsgevonden. Dit is inclusief de nul- en eindmeting. Om een beter zicht te kunnen krijgen op het effect is het raadzaam om dit aantal te vergroten naar 12 PMT sessies. Tevens is het wenselijk om naast de nul en eindmeting ook een tussenmeting uit te voeren.

Eigen ervaringen

Voor de kinderen van de Enk school was het de eerste keer dat zij in aanraking zijn gekomen met PMT. Ondanks dat er in het begin wat problemen waren, omdat met name de jongens liever naar de gymnastiek lessen wilden gaan, is het tijdens de sessies goed en leuk verlopen. In de laatste sessie gaven de kinderen allemaal aan dat ze het erg leuk hebben gevonden. Ze vonden het jammer dat het afgelopen was. De therapeuten hebben een goede band met de kinderen opgebouwd en de samenwerking tussen de therapeuten onderling was ook heel goed. Er was een mooie aanvulling op elkaar en op deze manier konden de sessies en het onderzoek mooi ingevuld worden.

Ook de groepsleerkracht van de kinderen was heel tevreden over het verloop.

De conclusie is dat het onderzoek erg leuk, leerzaam en een mooie ervaring was.

Literatuurlijst

Bokkem, S. van, Bosscher, R. & Kalisvaart, H. (2003) *Lichaamswaardering van dove psychiatrische cliënten: een exploratieve vergelijking*. Maandblad geestelijke volksgezondheid, 58 p. 259-268.

Boomsma, B. & Sterkman, K. (2005) *Psychomotorische therapie helpt dove kinderen met sociaal – emotionele problemen*. Van Horen Zeggen (tijdschrift van de vereniging ter bevordering van het onderwijs aan doven in Nederland en de vereniging ter bevordering van het onderwijs aan slechthorende en spraakgebrekkige kinderen in Nederland) p. 12-19.

Elderik, T. van & Teunis (1999) Proefschrift *Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen*. Ede

Keyzer, E. de (2008). *Een cochleair implantaat in de dovenschool: een zelfbelevingsonderzoek bij dove en slechthorende leerlingen met een cochleair implantaat*. Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van Licentiaat in de pedagogische wetenschappen, optie Orthopedagogiek.

Kool, J. (2010) *Ho, tot hier en niet verder...!*. Leuven: Acco.

Niks, C. (2011). *Ik ben Ik*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Pals, J. (2004). *De invloed van doofheid op de ontwikkeling van het zelfbeeld*. Plaats: onbekend.

Rieffe, C. (2010) *Emoties moet je leren*. Leiden.

Ruijter, M. (2010). *Ik zie haar al van verre staan*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Sarah Van Rijssel. (2010) *Hoe beleven dove of slechthorende kinderen en hun familieleden hun gezinsrelaties: een exploratief onderzoek*. Gent (B).

Veerman, J., Straathof, M., Treffers, D., Berg, B. v., & Brink, L.d. (2004). *Handleiding CBSK*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.

Verhulst, F.C. , Verheij, F. & Ferdinand, R.F. (2003). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum.

Internetbronnen

Cluster 2 oproepen op februari 2012:

http://www.rec2noordnederland.nl/KEGG_C01/Default.asp?CustID=668&ComID=109&ModID=4154&ItemID=0&SessionID=-1&bottest.

Enk school Zwolle oproepen op februari 2012:

http://www.enschool.nl/Kentalis_C01/Modules/PaginaA/PaginaA_Module.asp?comid=38&modid=1126&SessionID=7041275088709555209421555114&contrast=normaal

Ho, tot hier en niet verder...! van Jooske Kool oproepen op maart 2012:

<http://www.uiteigenbeweging.nl>

Hulpbronnen

Monica Versluis afgestudeerde dove student PMT Windesheim Zwolle.

Marleen de Ruijter afgestudeerd master student PMT Windesheim Zwolle.

Bianca Boomsma voormalig PMT ster bij Kentalis.

Gerline Kloosterziel unit leidster doof/slechthorenden Enk school Zwolle.

Ellen Kemerink coördinator en leerkracht unit doof/slechthorend Enk school Zwolle.

Anneke Eveleens orthopedagoge Enk school Zwolle.

Mathilde de Geus dove groepsleerkracht van groep 6-8 Enk school Zwolle.

Bijlage 1 groepsindeling

Controle groep

Naam	bijzonderheden
C1 (D)	9 jaar
C2 (D)	10 jaar
C3 (D)	10 jaar
C4(D)	11 jaar
C5 (SH)	11 jaar
C6 (SH)	11 jaar

Onderzoeksgroep

Naam	Bijzonderheden
P1 (D)	11 jaar
P2 (D)	10 jaar
P3 (D)	9 jaar
P4 (D)	10 jaar
P5 (SH)	11 jaar
P6 (SH)	12 jaar

Bijlage 2 Scores nulmeting en eindmeting onderzoeksgroep en controle groep:

persoon	doof/slechthorend	Jongen \ Meisje	leeftijd	groep	Sociale acceptatie Schaalscore		Sociale acceptatie rangpercentiel		Fysieke verschijning Schaalscore		Fysieke verschijning rangpercentiel		Gedragshouding Schaalscore		Gedragshouding rangpercentiel		Gevoel van eigenwaarde Schaalscore		Gevoel van eigenwaarde rangpercentiel	
					nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting	nul meting	eind meting
p1	d	M	9	C	17	13	44	12	18	17	40	31	19	17	67	36	19	17	42	21
p2	d	M	10	C	20	19	74	66	22	20	69	54	15	14	14	7	18	22	33	76
p3	d	M	10	C	16	16	33	33	6	10	0	4	18	12	52	2	10	12	1	3
p4	d	J	11	C	22	22	90	88	24	21	91	51	15	21	14	93	24	21	99	57
p5	sh	J	11	C	17	14	36	17	19	23	32	75	18	19	66	78	22	24	69	96
p6	sh	M	11	C	18	18	56	56	20	20	54	54	20	20	75	75	21	21	62	62
p7	d	J	11	O	16	14	29	17	17	23	21	75	14	18	13	66	20	22	45	69
p8	d	M	10	O	16	16	33	33	23	21	78	61	21	12	83	2	21	22	62	76
p9	d	J	9	O	7	21	0	77	23	24	75	91	14	20	13	88	19	24	34	96
p10	d	M	10	O	22	21	90	82	24	23	91	78	15	17	14	36	22	22	76	76
p11	sh	J	11	O	14	15	17	22	24	24	91	91	17	19	51	78	23	21	83	57
p12	sh	M	12	O	20	18	74	56	24	24	91	91	19	20	67	75	24	24	99	99

Bijlage 3 Trainingssessies

Bijeenkomst	Thema	Doel	Oefeningen
1		Voorstellen en uitleg geven	0- meting
2	Kennismaken Ik ben belangrijk	Namen leren kennen Wennen aan elkaar, uitleg geven wat we gaan doen, veiligheid creëren, afspraken maken	• binnenkomst namen spel met grote stuiterbal • plekje maken met touwtjes en wisselen van plek, bij elkaar op bezoek gaan. • Ballon hooghouden (feestje)
3	Stevig staan Ik zorg voor mezelf	Onderzoeken hoe je stevig staat. Leren zeggen wat je wilt (mat)	• verschillende vormen van lopen • door elkaar lopen en steeds meer ballen naar elkaar over gooien met oogcontact. • Spel door 1 van de kinderen. • stevig staan als een boom vervolgens elkaar proberen op te tillen • elkaar proberen weg te duwen/om te duwen. • Eindspel: 2 teams pionnen aan de andere kant om gooien. (veel ballen).
4	Zelfbeeld Ik ben goed	Zeggen en laten zien waar je goed in bent. Meedenken in spelvormen en oplossingen	• Begin spel iemand is hem niemand is hem. • Matten loop waar ben je goed in, beetje goed en minder goed. (laat maar zien wat vinden de anderen) • waar ben ik goed in (kinderen mogen een trucje laten zien aan elkaar). • vertel aan een ander wat jij goed aan hem/haar vindt • Eindspel door 1 van de kinderen.
5	Opkomen voor jezelf Ik vertouw op mijn gevoel	Voor jezelf opkomen, leren zeggen wat je wilt	• Begin spel actief: Jagerbal • Wat kun je goed laat een trucje zien of vertel iets waar jij goed in bent.

	Grenzen, ik mag ook nee zeggen.		• Controlled approach • Met steeds minder voeten naar de overkant. Hierbij goed samenwerken en overleggen. • Zelf gekozen eindspel door 1 van de kinderen.
6	paasviering		
7	Grenzen – opkomen voor jezelf Ik mag ook nee zeggen Vertrouwen	Aangeven wat je wel en niet wilt.	• Door de ruimte lopen, de ruimte wordt steeds kleiner. • Ballen aan gooien, steeds meer ballen. • In 2-tallen al een stuk op vertrouwen. Achterover of voorover laten vallen en de ander vangt je op/houdt je tegen.
8	Vertrouwen en samenwerken Ik heb respect voor mezelf en de ander	Elkaar vertrouwen geven Samen tot iets komen. Aangeven wat je wel en niet wil Trots op jezelf zijn en op elkaar. Elkaar ruimte geven en inbreng hebben in de groep. Naar elkaar luisteren en elkaar begrijpen.	• Leiden en volgen • Leiden met lichamelijk contact • Parcours afleggen met blinddoek, 1 leidt de ander. • Pyramide bouwen • Handen vast in de kring (samenwerken vertrouwen op de ander) • Touw draaien en er onder door lopen • Eindspel door 1 van de kinderen.
9	Afsluiting Ik ben trots op mezelf		• PMT bal • Spel door 1 van de kinderen. • Samen een record vestigen. • Bedanken • Aandenken
10		Afscheid nemen	Eindmeting vragenlijst

Bijlage 4: Brief aan de ouders

Brief aan de ouders:

School of Human Movement & Sports

Aan ouders/verzorgers

van deelnemers aan onderzoek

zelfbeeld dove kinderen

onderwerp

kenmerk

plaats en datum

Uitleg onderzoek

Zwolle 25 Januari 2012

,

Geachte ouder/verzorger,

Sinds 2009 studeren wij, Petra Jobse en Inge Molenwijk, aan de deeltijd opleiding Psychomotorische therapie (PMT) aan de Calo Windesheim in Zwolle. PMT is een therapievorm waarbij bewegen en lichamelijkeheid wordt gebruikt om veranderingen te bewerkstelligen in gedrag en gevoel.

Op dit moment wordt er geen PMT aangeboden op de Enk school, in het verleden is er wel PMT aangeboden. Deze vorm van non-verbale therapie en training past goed bij dove en slechthorende kinderen.

Wij zitten in de afrondende fase van onze opleiding en voor ons afstuderen willen wij een onderzoek doen op de school waar uw kind verblijft. Graag willen wij uw kind/pupil uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek.

Het onderzoek wat wij willen gaan doen is: Wat verandert er in het zelfbeeld van dove kinderen in de leeftijd van 8-12 jaar door het aanbieden van PMT.

Voor dit onderzoek bieden wij afhankelijk of uw kind in de onderzoeksgroep of in de controle groep komt 8 sessies PMT of 8 extra lessen gym aan naast de standaard gymlessen. Daarnaast is er een vragenlijst voor uw kind, die tijdens de training op 2 momenten ingevuld zal worden, namelijk aan het begin van de sessies en na afloop van de sessies om te kijken of er een verandering heeft plaats gevonden. De tijdsinvestering voor uw kind bedraagt 30-45 minuten per week onder schooltijd gedurende 10 weken.

Het gaat hier om een vrijwillige deelname. U verplicht u tot niets en u kunt zich altijd terugtrekken zonder enige consequenties en zonder dat u aan iemand nadere uitleg verschuldigd bent.

Wel vragen wij u om het Inform Consent in te vullen zodat wij wel of geen toestemming van u hebben om de gegevens van uw kind te gebruiken. Wilt u dit formulier weer meegeven aan uw kind .

De resultaten en gegevens van het onderzoek zullen anoniem en vertrouwelijk aan derden worden gepresenteerd. U hebt zelf ook het recht om te weten wat deze resultaten zijn en wat er met deze gegevens gebeurt.

Heeft u vragen en/of opmerkingen over de inhoud en/of de gang van zaken betreffende dit onderzoek dan kunt u contact opnemen met:

Petra Jobse PsychoMotorischTherapeut in opleiding tel. 06-30157542

Inge Molenwijk PsychoMotorischTherapeut in opleiding en tevens vakleerkracht gym op de Enkschool tel. 06-51066774

Met vriendelijke groet,
Petra Jobse
Inge Molenwijk

Informed Consent

Onderzoek: verandering van het zelfbeeld van dove kinderen door het aanbieden van PMT

Ik,, vader/moeder/verzorger* van
....., geef toestemming voor deelname aan het onderzoek, onder
verantwoordelijkheid van Petra Jobse en Inge Molenwijk.

Ik verklaar hierbij dat ik voldoende geïnformeerd ben over het doel en de methode van het onderzoek en dat ik vrijwillig gekozen heb deel te nemen. Ik begrijp dat ik mijn deelname op ieder moment, om wat voor reden dan ook, mag en kan beëindigen zonder dat hieraan enige consequenties verbonden zijn en zonder dat ik aan iemand nadere uitleg verschuldigd ben.

Handtekening ouder/verzorger van de proefpersoon:

Handtekening onderzoeksleider:

Datum:

*streep door wat niet van toepassing is

Bijlage 5 Interview met Mathilde de Geus, dove groepsleerkracht van groep 6-8 Enk school Zwolle.

1 Zijn alle kinderen doof/slechthorend geboren?

Ja, alle kinderen zijn doof/slechthorend geboren. Niemand is plotseling of op latere leeftijd doof geworden of heeft een degeneratieve Slechthorendheid.

2 Zijn de ouders van de kinderen ook doof of slechthorend?

Alleen de moeder van John Spoor uit de controlegroep is doof. Verder zijn alle ouders horend.

3 Beheersen de ouders gebarentaal?

De meeste ouders beheersen de allereerste basis van NGT. Ze gebruiken echter vaak of vaker NMG. De meeste ouders zijn niet verder dan ouder module 1/2 gekomen. De kinderen beheersen duidelijk veel meer gebarentaal dan hun eigen ouders.

4 Hoe is de communicatie thuis? met gebaren ja of nee?

Bij sommige kinderen is het NMG met stem en NL-volgorde van gebaren. Bij andere kinderen alleen het gesproken Nederlands. De kinderen maken zelf ook duidelijk onderscheid in voertaal school/thuis. Ze passen zich aan, aan hun ouders thuis.

5 Wat is de invloed van de gebarentaal op school? Heeft gebarentaal invloed op de prestaties van de kinderen?

De invloed van gebarentaal is groot. Het heeft zeker invloed op de prestaties. We zien dat de SH kinderen het ook prettig vinden om te gebruiken en het ook snel oppakken. Deze kinderen zaten vorig jaar in een SH groep en gebruikten toen minimaal gebarentaal. Voordeel van gebarentaal is dat de lessen visueler worden. De kinderen gebruiken ook veel meer hun emotie en mimiek. Ze zijn ontspannen tijdens de lessen omdat ze zich niet zo erg hoeven in te spannen om alles te kunnen horen/lip lezen c.q. volgen.

6 Zijn dove kinderen onzekerder? Wat is jou verwachting daarbij?

Dove kinderen, maar ook SH kinderen zijn inderdaad onzekerder. Dit komt omdat hen veel uit handen wordt genomen door ouders o.i.d., daardoor worden ze passiever, afwachtender en denken sneller dat ze iets niet kunnen. Of durven ze het niet zo snel omdat ze niet weten hoe iets gedaan moet worden. Daarom is het van cruciaal belang dat ze hierin goed worden ondersteund door de school. De school moet mogelijkheden bieden tot gebaartaalvaardige speltherapie en/of PMT. Helaas is hier niet altijd geld voor. Ook is het belangrijk dat de ouders goed voorgelicht en ondersteund worden, met andere woorden wat kunnen zij doen om hun kind "sterker" te maken? Overigens is daarin de identiteitsontwikkeling en de dovencultuur vooral belangrijk. Bij een sterke identiteit

ontwikkelen de kinderen zich sociaal-emotioneel beter en zijn de psychische en psychomotorische remmingen beduidend veel lager/minder. Dit is bewezen vanuit onderzoeken.

7 Herken je in de klas ook wel hoe de kinderen over zichzelf denken?

Absoluut! Ook zie ik wel dat kinderen zichzelf te hoog aanslaan, omdat dat sociaal wenselijk is. Maar in werkelijkheid hebben ze toch vaak problemen waarvan ze zich zelf niet bewust zijn.

8 Hoe is het bewegen van dove/slechthorende kinderen. Merk je hierbij verschil met niet dove kinderen, of heb je hier weinig zicht op?

Het bewegen van dove/slechthorende kinderen is over het algemeen meer:

- Passief
- Minder vloeiend
- Statisch
- Kans op atypische bewegingen of vallen (dit heeft te maken met het slechte evenwicht, bij gehoorbeschadiging treedt er vaak evenwichtsstoornis op).
- Dat ze niet weten hoe ze hun armen, benen en lichaam kunnen gebruiken.

Overigens is het interessant om te weten dat om de bovenstaande redenen dove/sh kinderen in de jaren '80 en daarvoor heel vaak ritmiek kregen op school. In mijn tijd was dit 3 keer per week, naast 2 keer gym. Het waren lessen van 45-60 minuten per keer met veel voelen, ervaren en zintuiglijke ontwikkeling + evenwichtbeheersing. Dit gebeurde in groep 0, 1, 2 en 3. In de jaren '90 is dit afgeschaft en is vooral speeltijd op het rooster gekomen. Helaas, want het was goed, leerzaam en leuk. Ook deden we veel aan zintuiglijke ontwikkeling en natuurgym.

9 Ten slotte valt het op dat alle kinderen laag scoren op de sociale acceptatie, dat wil zeggen op het gebied van omgang met andere kinderen, leeftijdsgenootjes, vriendjes, vriendinnetjes. Is dit herkenbaar voor jou in de klas of op het schoolplein?

Zeker herkenbaar! Veel kinderen vinden sociale situaties en sociale momenten lastig. Als groepsleiding moeten we daarin goed begeleiden en uitleg geven. Aan de andere kant vind ik dat de kinderen als totaal, maar ook individueel sociaal gezien, sterk zijn. Ik heb namelijk gewerkt met kinderen die sociaal emotioneel nog veel zwakker waren. Op veel scholen wordt dat ook niet echt goed begeleid. Het wordt gezien als: "dat is het probleem bij doofheid/Sh zijn". Als iets dat je niet kunt verbeteren. Daar ben ik het pertinent niet mee eens. Juist door het positief te benaderen, kansen te geven en sociale settings te begeleiden en te bespreken met de kinderen zijn er zoveel positieve resultaten te behalen.