

# Thesis

**Trainerkenmerken, behandelintegriteit, ouderuitkomsten en de relaties hiertussen van de ouderworkshop en oudertraining van de interventie Ouders van Tegendraadse Jeugd**

Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Madelon Gielen

Studentnummer: 0308366

Begeleider: M. Delsing

29 juni 2008

## Abstract

Dit onderzoek richt zich op de behandelintegriteit (gedefinieerd als *'het conform het protocol handelen'*) van behandelaars van de interventie *Ouders van Tegendraadse Jeugd*. Deze interventie bestaat uit een waaier van interventies van licht naar zwaar. De (zware) interventies die in dit onderzoek worden onderzocht zijn de ouderworkshop (vier losstaande bijeenkomsten voor ouders van jongeren die beginnend politiecontact hebben) en oudertraining (acht opeenvolgende bijeenkomsten voor ouders van jongeren die al meerdere keren in aanraking zijn gekomen met de politie). Onderzocht werd in hoeverre trainerkenmerken (geslacht, leeftijd, hoe lang de trainer werkzaam is en hoeveel ervaring de trainer heeft in het geven van de interventie) van invloed zijn op behandelintegriteit en in hoeverre deze kenmerken van invloed zijn op de effecten van de behandelingen. De effecten van de behandelingen worden ook wel ouderuitkomsten genoemd. Deze uitkomsten zijn de verbeteringen op de vijf opvoedingsvaardigheden van Patterson (1982) waarmee gewerkt wordt in de interventies ouderworkshop en oudertraining. Ook wordt onderzocht of behandelintegriteit van invloed is op de ouderuitkomsten. Aan het onderzoek deden 115 moeders, 45 vaders en 27 trainers mee. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten, afgenomen bij de ouders op tijdstip 1 (twee weken voor de start van een workshop of training) en tijdstip 2 (net na de afronding van een workshop of training). Ook is gebruik gemaakt van logboeken, ingevuld door de behandelaars, en interviews, afgenomen bij de behandelaars. Allereerst werd gevonden dat de behandelaars in dit onderzoek volgens het protocol werken en daarom hebben de behandelaars een hoge behandelintegriteit. Behandelintegriteit blijkt van groter belang voor de uitkomsten van de workshop dan voor de uitkomsten van de training. Een hogere behandelintegriteit betekende niet altijd een positievere ouderuitkomst. Daarnaast werden er effecten gevonden van trainerkenmerken op ouderuitkomsten. Geslacht blijkt van invloed op het straffen van het kind door het aan te spreken op gedrag (dat gebeurt als twee vrouwen de workshop geven minder dan wanneer een man en een vrouw de workshop geven). Hetzelfde geldt voor de training, alleen gebeurt het als twee vrouwen de training geven minder dan wanneer twee mannen de training geven. Voor de workshop blijken leeftijd en ervaring van de trainers niet van invloed te zijn op de ouderuitkomsten. Voor de training geldt dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is in het vakgebied hoe positiever van invloed dit is op ouderuitkomsten, evenals meer ervaring van het trainerkoppel en hoe hoger de gemiddelde leeftijd. De laatste relatie die onderzocht werd, was of de trainerkenmerken van invloed waren op behandelintegriteit. Bij de workshop blijkt dat zowel

seksse, als hoe lang de trainers werkzaam zijn in het vakgebied van invloed is op behandelintegriteit. De gemiddelde ervaring en leeftijd van het trainerkoppel dragen niet bij aan de behandelintegriteit in de workshop. Voor de training geldt dat alle vier de trainerkenmerken van invloed zijn op behandelintegriteit, bijvoorbeeld meer ervaring leidt tot een lagere behandelintegriteit.

## **Abstract**

This article focuses on treatment integrity (defined as *handling conform protocol*) of trainers of the intervention “*Ouders van Tegendraadse Jeugd*”. This intervention consists of different, both light and heavy, interventions. The interventions that are researched in this article are the parent workshop (four meetings which can be followed separately, for parents who have a kid that has a higher risk of being in contact with the police) and parent training (eight successive meetings, for parents who have a kid that is already in - frequent - contact with the police). In this article the influence of trainer characteristics (gender, age, how long the trainer is working in the field and how much experience the trainer has in giving the intervention) on treatment integrity and on intervention outcomes is researched. The intervention outcomes are also called *parent outcomes*. These outcomes are the progression on the five parent skills of Patterson (1982) with which is worked in the interventions parent workshop and parent training. The influence of treatment integrity on parent outcomes has been researched too. There were 115 mothers, 45 fathers and 27 trainers in this research. Two questionnaires have been used for parents. The first questionnaire had to be filled out two weeks prior to the start of a workshop or training and the second was given right after the end of a workshop or training. A diary was used for the trainers, and interviews were used, the researchers took the interviews. It was found out that the trainers in this research are working conform protocol, which means that they have a high treatment integrity. Treatment integrity has a greater effect on outcomes in the workshop than in the training. A higher treatment integrity did not always mean more positive outcomes. There were also effects of trainer characteristics on parent outcomes. Gender has an effect on punishing the kid by addressing it’s behaviour (that happens more often when the trainers are two women, than when there is a man-woman-couple). The same happens in the training, but in this case when the trainers are two women instead of two men. Age and experience do not influence the outcomes in the workshop. The longer the trainer is working in the field, the more experience the trainer has en the higher the average age is, the more positive the parent outcomes are in the training. The last relation

researched was if the characteristics of the trainer were of influence on treatment integrity. Gender and how long the trainers are working in the field influence treatment integrity in the workshop. In the training all trainer characteristics are influencing treatment integrity, for example the more experienced the trainers are, the lower the treatment integrity.

## **Inleiding**

Om erachter te komen welke interventies in de praktijk effectief zijn, wordt er veel effectonderzoek gedaan. Een onderwerp dat in opkomst is in combinatie met effectonderzoek is *behandelintegriteit*. Wanneer een interventie effectief (of niet) bevonden wordt, is het de vraag of de behandelaars conform het protocol gehandeld hebben. Het conform het protocol handelen wordt aangeduid met de term *behandelintegriteit*. In dit onderzoek wordt de *behandelintegriteit* van de interventie *Ouders van Tegendraadse Jeugd* onderzocht en gerelateerd aan zowel trainerkenmerken als uitkomsten van de interventie.

De interventie *Ouders van Tegendraadse Jeugd* is een programma op het gebied van opvoedingsondersteuning en wordt uitgevoerd door JSO (expertisecentrum op gebied van jeugd, samenleving en opvoeding) Zuid-Holland, in opdracht van de ministeries van Justitie en VWS en de provincie Zuid-Holland. De interventie bestaat uit een waaier van interventies – van licht (zoals een DVD of folder) tot zwaar, zoals bijeenkomsten – waarvan het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) er twee onderzoekt, namelijk de ouderworkshop en oudertraining. De ouderworkshop (wat lichtere interventie) en oudertraining (de zwaarste interventie) bestaan uit bijeenkomsten. De ouderworkshop heeft er vier die afzonderlijk van elkaar gevolgd kunnen worden. De oudertraining bestaat uit acht bijeenkomsten die, voor het beste resultaat, allemaal gevolgd dienen te worden.

In de interventie *Ouders van Tegendraadse Jeugd* wordt gebruik gemaakt van de vijf opvoedingsvaardigheden van Patterson (1982), namelijk *ouderlijke betrokkenheid*, *positieve bekrachtiging*, *probleem oplossen*, *discipline* en *toezicht houden*. Er wordt tijdens de interventies geprobeerd deze opvoedingsvaardigheden te verbeteren. Dit is van belang omdat, volgens Patterson (1982), deze vaardigheden, mits niet uitgevoerd, de kans kunnen vergroten op antisociaal gedrag van het kind. Dit antisociale gedrag kan de kans op jeugdcriminaliteit vergroten (Loeber, 1990; Loeber, Slot & Sergeant, 2001). De verbetering van de opvoedingsvaardigheden wordt in dit onderzoek ouderuitkomst genoemd.

## Theoretisch kader

### *Inleiding in behandelintegriteit*

Behandelintegriteit is een onderwerp dat in opkomst is in combinatie met effectonderzoek. Dit type onderzoek wordt gedaan zodat bekeken kan worden welke interventies effectief zijn. In de literatuur wordt tot nu toe nog weinig aandacht besteed aan behandelintegriteit. Uit onderzoek van Progar (2001) blijkt dat ongeveer 25 procent van de onderzoeken en artikelen in de *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) het meten van de integriteit noemt. Wheeler, Baggett, Fox en Blevins (2006) hebben eveneens artikelen uit JABA gecodeerd voor het wel of niet vernoemen van behandelintegriteit. Uit dit onderzoek blijkt dat er niet vaak gesproken of gekeken wordt naar behandelintegriteit in onderzoek (Gresham, Gansle & Noell, 1993; Progar, 2001; Wheeler, Baggett, Fox & Blevins, 2006). Een reden kan zijn dat er nog geen gestandaardiseerde criteria voor behandelintegriteit zijn opgesteld (Arkoosh, Derby, Wacker, Berg, McLaughlin & Barretto, 2007; Mowbray, Holter, Teague & Bybee, 2003).

Waarom behandelintegriteit gemeten moet worden in onderzoek, maar ook waardoor behandelintegriteit beïnvloed wordt en hoe behandelintegriteit gemeten zou kunnen worden wordt hieronder besproken.

### *Het belang van het meten van behandelintegriteit*

Er zijn twee belangrijke redenen te noemen waarom (het meten van) behandelintegriteit van belang is. De eerste is dat met behandelintegriteit de kans dat een interventie effectief is wordt vergroot. Een succesvolle interventie hangt af van de precisie en consistentie waarmee de interventie is geïmplementeerd (Arkoosh, Derby, Wacker, Berg, McLaughlin & Barretto, 2007; Armstrong, Ehrhardt, Cool & Poling, 1997; Detrich, 1999; Toffalo, 2000). Uit de mate van behandelintegriteit kun je aflezen of de behandeling geïmplementeerd is op de manier waarop het bedoeld was.

De tweede reden, aansluitend op de eerste, is dat er pas iets gezegd kan worden over de effectiviteit van een interventie als men weet in hoeverre de behandeling is uitgevoerd zoals bedoeld. Wanneer de behandelintegriteit is vastgesteld weet men of de effectiviteit toe te schrijven is aan de behandeling of aan andere factoren, buiten de behandeling om. Wanneer de maat van behandelintegriteit hoog is, is de interventie geïmplementeerd zoals bedoeld en wanneer de maat laag is, is de interventie niet geïmplementeerd zoals bedoeld. Hierbij moet gezegd worden dat een laag niveau van behandelintegriteit niet per se betekent dat de sterkte (effectiviteit) van de behandeling minder is of zal zijn. Het betekent wel dat de interventie

zoals uitgevoerd verschilt van hoe de interventie aanvankelijk bedoeld was – of stond beschreven. Wanneer een interventie geïmplementeerd wordt zoals de bedenker het voor ogen had is het waarschijnlijk dat het effect groter zal zijn dan wanneer de interventie niet goed geïmplementeerd wordt. Wanneer de interventie goed geïmplementeerd is, is de significante gedragsverandering toe te wijzen aan de interventie, in plaats van aan andere factoren. Progar (2001) noemt dit ‘de correcte levering van de onafhankelijke variabele’. Een goede implementatie vergroot ook de generaliseerbaarheid van een onderzoek (Arkoosh, Derby, Wacker, Berg, McLaughlin & Barretto, 2007; Dane & Scheider, 1999; Gresham, 2004; Gresham, Gansle, Noell, Cohen & Rosenbaum, 1993; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Vermilyea, Barlow & O’Brien, 1984).

### *Factoren die behandelintegriteit kunnen beïnvloeden*

Behandelintegriteit kan beïnvloed worden door meerdere factoren. Deze factoren kunnen zowel een negatieve als positieve uitwerking hebben. Voorbeelden van deze factoren zijn: complexiteit van de behandeling (het aantal behandelingscomponenten), de vereiste en gebruikte materialen (wanneer er meerdere benodigdheden zijn kan dat de integriteit negatief beïnvloeden), de benodigde tijd voor implementatie (een gebrek aan tijd kan leiden tot het falen van de implementatie), het aantal behandelaars (meer dan één behandelaar per cliënt verlaagt de integriteit), mate van (gedrags)verandering die ten doel wordt gesteld (wanneer er een snel effect wordt beoogd valt de integriteit soms hoger uit dan wanneer er over langere tijd pas effect wordt beoogd), de mate waarin de cliënten en behandelaars de behandeling aanvaarden (dat wil zeggen: wanneer de behandelaar en/of de cliënt weinig heil zien in de behandeling, kan dit ook de behandelintegriteit aantasten), en tot slot kan het wijzigen van het behandelplan door de behandelaar ook leiden tot meer positieve of meer negatieve resultaten (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty & Joiner, 2003; Gresham, 1989; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Toffalo, 2000). Als een cliënt naast de interventie waarbij de behandelintegriteit onderzocht wordt, nog meer hulp krijgt, kan dit ook een vertekend beeld geven (Calsyn, 2000). Kenmerken van de trainer kunnen de behandelintegriteit ook beïnvloeden (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty & Joiner, 2003; Gresham, 1989; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Toffalo, 2000). Twee kenmerken van de trainer die invloed kunnen hebben zijn ervaring en motivatie. Meer ervaring in het geven van een behandeling kan er voor zorgen dat de behandelaar zijn eigen draai geeft aan de behandeling wat de integriteit niet ten goede komt (Perepletchikova & Kazdin, 2005). De motivatie om te werken

met bepaalde cliënten – zowel positief als negatief – kan ook effect hebben op de integriteit (Gresham, 1989; Pereplechikova & Kazdin, 2005; Toffalo, 2000).

Ondanks dat er enige consensus lijkt te zijn over het belang van behandelintegriteit stellen enkele andere auteurs dat er uit verscheidene onderzoeken blijkt dat de ervaring van een behandelaar weinig effect heeft op de uitkomst van de behandeling (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty en Joiner, 2003). Behandelingsuitkomst is volgens hen vaak te wijten aan algemene factoren in therapie zoals empathie, warmte en echtheid (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty & Joiner, 2003).

Bij mijn weten is er geen ander onderzoek gedaan naar behandelintegriteit en trainerkenmerken. Daarom wordt die relatie in dit onderzoek onderzocht. Ook is er, bij mijn weten, nog geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen behandelintegriteit en uitkomsten van de behandeling. Deze relatie wordt in dit onderzoek ook onderzocht.

#### *Met en waarborgen van behandelintegriteit*

Het is uitdagend om een standaard maatstaf te maken voor behandelintegriteit, omdat interventies in allerlei vormen worden aangeboden en er met diverse factoren rekening gehouden moet worden bij het beoordelen van de behandelintegriteit. Het vaststellen van behandelintegriteit kan door middel van een duidelijk en specifiek protocol te maken voor de implementatie (Pereplechikova & Kazdin, 2005). Verder blijkt uit onderzoek dat klinici handleidingen nuttig vinden omdat deze specifieke richtlijnen bieden voor behandeling en dat zorgt voor competentie (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty & Joiner, 2003).

Volgens Armstrong, Erhardt, Cool en Poling (1997) kan de behandelintegriteit bepaald worden door een professional in te zetten die precies weet hoe de interventie geïmplementeerd zou moeten worden en die dat evalueert met wat er gedaan is. Het geven van een zorgvuldige training aan de behandelaars, het controleren hoe de behandelaars de implementatie uitvoeren en hoe zeer ze zich houden aan het protocol kan behandelintegriteit waarborgen (Pereplechikova & Kazdin, 2005).

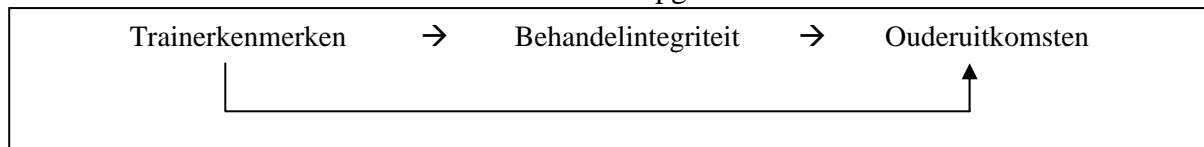
Een andere manier om behandelintegriteit te waarborgen halen Nock en Kazdin (2005) in hun onderzoek aan. Zij suggereren dat de behandelaars zich moeten houden aan gedetailleerde behandelhandleidingen, dat alle behandelingen moeten worden opgenomen op video (waarvan enkele gebruikt worden om terug te kijken en feedback te kunnen geven aan de behandelaars), alle casussen wekelijks moeten worden doorgelopen en nagekeken en dat er tot slot supervisie moet worden uitgevoerd door middel van directe observatie van een behandeling via camera's in de behandelkamer. Het gerandomiseerd toewijzen van

deelnemers aan interventiegroepen, zoals in hun onderzoek gedaan is, zou de behandelintegriteit ook ten goede komen (Nock & Kazdin, 2005).

Observatie is volgens veel onderzoekers een doeltreffend middel om behandelintegriteit vast te stellen (Armstrong, Erhardt, Cool & Poling, 1997; Gresham et.al., 1993; Kazdin, 1998; Nock & Kazdin, 2005; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Peterson, Homer & Wonderlicht, 1982; Sterling-Turner & Watson 2002). Wanneer er een observatie gedaan wordt, moet er rekening gehouden worden met de verstoring van de natuurlijke setting. Dit moet zo min mogelijk gevolgen hebben. Wanneer de verstoring zo klein mogelijk moet zijn kan ook gebruik worden gemaakt van een video-opname (Gresham et.al, 1993; Kazdin, 1998; Peterson, Homer & Wonderlicht, 1982). Er kan tijdens een (in)directe observatie gewerkt worden met een checklist. Een voorbeeld van zo'n checklist is de Treatment Integrity Checklist van Sterling-Turner en Watson (2002).

## Onderzoeksvragen

Na de literatuurresearch kan een schema worden opgesteld.



*Figuur 1 Schematisch overzicht onderzochte verbanden*

In dit onderzoek wordt de volgende vraag onderzocht: “In hoeverre geven de behandelaars aan conform het protocol te hebben gehandeld?”. Met deze vraag wordt de behandelintegriteit van de behandelaars in het onderzoek Ouders van Tegendraads Jeugd onderzocht. Behandelintegriteit kan de effecten van de behandeling beïnvloeden. Daarom wordt in dit onderzoek ook de vraag “In hoeverre is behandelintegriteit van invloed op de ouderuitkomsten?” onderzocht. Verwacht wordt dat de behandelaars aangeven dat ze conform het protocol hebben gehandeld. Ook wordt er verwacht dat wanneer er een hoge behandelintegriteit is, het begin- en eindniveau van de ouders (ouderuitkomsten) zal verschillen. Hoe hoger deze behandelintegriteit, hoe positiever het verschil tussen begin- en eindniveau van de ouders zal zijn.

Uit eerder onderzoek is nog onduidelijk wat de invloed van kenmerken van de trainer op de behandelintegriteit is. Daarom wordt in dit onderzoek de vraag “In hoeverre hebben trainerkenmerken invloed op behandelintegriteit?” onderzocht. Er is geen consensus over de



relatie tussen trainerkenmerken en behandelintegriteit, daarom is deze vraag exploratief van aard en worden er geen hypothesen opgesteld. In dit onderzoek worden de trainerkenmerken sekse, leeftijd, aantal jaren werkzaam in het vakgebied en de ervaring in het geven van de interventie meegenomen.

En niet alleen het verband tussen de trainerkenmerken en behandelintegriteit wordt onderzocht, maar ook of er een direct verband is tussen trainerkenmerken en de uitkomsten van de ouders. Hiervoor is de onderzoeksvraag “In hoeverre hebben trainerkenmerken invloed op de ouderuitkomsten?” opgesteld. Naar deze relatie is nog nauwelijks onderzoek gedaan. Daarom is ook deze vraag exploratief van aard en worden er geen hypothesen opgesteld.

## **Methoden**

### *Procedure*

De gegevens in dit onderzoek werden verkregen uit het lopende effectonderzoek naar de interventie *Ouders van Tegendraadse Jeugd*. Deze interventie werd op acht locaties in Nederland uitgevoerd, namelijk in Rotterdam Noord, Rotterdam Zuid, Dordrecht, Den Haag, Alphen (samen de locaties van Zuid-Holland), Utrecht (Utrecht), Haarlem (Noord-Holland) en Tilburg (Noord-Brabant). Per workshop of training kregen de trainers, die de interventie gaven, een logboek dat ze in moesten vullen. Ook werd er, na elke eerste afgeronde workshop (vier bijeenkomsten) of eerst afgeronde training (acht bijeenkomsten), een ongeveer twee uur durend interview afgenomen met één of twee oudertrainers per locatie. Een jaar later werd er telefonisch nog een korte update gehouden om alle gegevens compleet te krijgen en te bekijken of er in een jaar tijd belangrijke veranderingen plaats hadden gevonden.

De ouders die deelnamen aan de interventie werden geworven door de oudertrainers. De ouders werden geselecteerd uit de caseload van de jeugdreclasserder van de locatie waarop de interventie werd gegeven. Daarna werden de ouders door de trainers gemotiveerd deel te nemen aan de interventie (de motivatiemodule). Een aantal ouders viel direct na de motivatiemodule af en wilde niet meedoen. Ook kwam een aantal ouders niet opdagen bij de bijeenkomsten. Bij de deelnemende ouders werden twee vragenlijsten afgenomen. Eén vragenlijst op tijdstip 1 (T1), twee weken voor de eerste bijeenkomst en één vragenlijst op tijdstip 2 (T2), net na de laatste bijeenkomst van de workshop of training.

### *Respondenten*

Respondenten in dit onderzoek waren zowel de trainers van de interventie ouderworkshop en oudertraining als de deelnemers van de interventies ouderworkshop en oudertraining.

Er waren elf vrouwen en zes mannen die de workshop gaven, hun gemiddelde leeftijd was 43 jaar. Er waren zes vrouwen en vier mannen die de training gaven, de gemiddelde leeftijd van de trainers was 46 jaar. Alle trainers hadden de Nederlandse etniciteit.

De deelnemers waren ouders van kinderen in de leeftijdsgroep acht tot zestien jaar, waarbij de balans tussen draagkracht en draaglast aanzienlijk verstoord was. Een overheersende psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking bij de ouders waren contra-indicaties voor deelname. De groepen werden als volgt opgedeeld:

- Ouders van jeugd die waren aangemeld bij de jeugdreclassering van BJZ in Zuid-Holland, Noord-Holland, Utrecht en Tilburg en deelnamen aan de ouderworkshop.
- Ouders van jeugd die bij de jeugdreclassering waren aangemeld van BJZ in Zuid-Holland, Noord-Holland, Utrecht en Tilburg en deelnamen aan de oudertraining.

De lichtere variant, de ouderworkshop, was zowel voor als na beginnend politiecontact (van de kinderen) inzetbaar. Op T1 namen 59 vrouwen en 23 mannen deel aan de ouderworkshop. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 45,6 jaar.

De zwaardere interventie, de oudertraining, was uitsluitend bestemd voor ouders met een kind dat in aanraking was gekomen met de politie. Op T1 namen 56 vrouwen en 20 mannen deel aan de oudertraining. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 43,7 jaar.

### *Meetinstrumenten*

#### *Trainerkenmerken*

De kenmerken van de trainer werden in dit onderzoek onderzocht aan de hand van het logboek dat de trainers in moesten vullen. In het logboek werden vragen gesteld waardoor de vier trainerkenmerken duidelijk en meetbaar werden. De vier trainerkenmerken die onderzocht werden waren geslacht, leeftijd, aantal jaren werkzaam in het vakgebied en het al dan niet hebben van ervaring in het geven van een interventie van *ouders van tegendraadse jeugd*.

### *Behandelintegriteit*

Behandelintegriteit werd in dit onderzoek vastgesteld aan de hand van twee aspecten. Het eerste aspect was het percentage gevoerde sessies. De workshop bestond uit 22 sessies, verdeeld over vier bijeenkomsten en de training bestond uit 54 sessies, verdeeld over acht bijeenkomsten. Het percentage gevoerde sessies werd berekend aan de hand van de logboeken die de ouderbegeleiders in hadden gevuld. De trainers konden voor elke sessie aangeven of ze de sessie gedaan hadden. Hiervoor werd een somscore berekend en aan de hand daarvan een percentage gevoerde sessies. Een voorbeeldvraag voor een sessie uit de logboeken was ‘Is de bespreking van opvoedingsvaardigheden (Patterson) aan bod gekomen?’. Alle vragen konden met ja of nee beantwoord worden. Wanneer er met nee geantwoord werd, was er ruimte voor toelichting.

Het tweede aspect van behandelintegriteit werd onderzocht aan de hand van de interviews. Na elke eerste afgeronde workshop (vier bijeenkomsten) of afgeronde training (acht bijeenkomsten) werd er met de trainers van de betreffende locatie een interview gehouden over alle aspecten van de interventie, van toestroom tot nazorgperiode. Het onderdeel waar dit onderzoek op gericht was, was de vraag of alle thema’s aan bod konden komen. Een voorbeeld van een vraag uit de interviews was “Hebt u alle sessies uit kunnen voeren?”.

### *Ouderuitkomsten*

Om de effecten van de interventie te achterhalen werd een voor- en nameting gedaan. Hiervoor werd gebruik gemaakt van vragenlijsten die ouders die deelnamen aan de ouderworkshop of oudertraining zowel vlak voor de start van de interventie (T1) als net na het eind van de interventie (T2) invulden. De vragenlijsten in deze interventie werden samengesteld uit items uit al bestaande vragenlijsten. Uit de vragenlijsten op T1 en T2 konden de vijf opvoedingsvaardigheden van Patterson (1982) worden gegenereerd en werd de verbetering van deze opvoedingsvaardigheden onderzocht. De verbetering werd onderzocht door de verschilscore (het verschil tussen voor- en nameting) per schaal per ouder te berekenen. De schalen waren als volgt opgebouwd.

“Ouderlijke betrokkenheid” (*responsiviteit*) bestond uit acht items afkomstig uit de Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV) (Gerris, Vermulst, Boxtel, Janssens, Zutphen, & Felling, 1993). Deze schaal had een hoge betrouwbaarheid bij zowel de workshop (.87) als de training (.89). De schaal meet de mate waarin de ouder in de opvoeding responsief is voor behoeften, signalen en gesteldheid van het kind. Een voorbeelditem uit de vragenlijst is: ‘als

het niet zo goed met mijn kind gaat, dan lukt het mij om mijn kind te troosten'. De respondent kon een score geven op een 6-puntsschaal, van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens.

“Positieve bekrachtiging” (*belonen*) bestond uit zes items uit de Alabama Parenting Questionnaire (APQ) (Frick, 1991). Deze schaal had een hoge betrouwbaarheid bij zowel de workshop (.85) als de training (.87). De schaal meet de mate waarin ouders positief gedrag van het kind belonen. Een voorbeelditem uit de vragenlijst is: ‘u laat het uw kind merken als hij/zij goed bezig is met iets’. De ouders konden antwoorden op een 5-puntsschaal, van nooit tot bijna altijd.

“Problemen oplossen” (*harsh discipline, inductive discipline en straffen*) bestond uit 21 items uit de Parental Dimensions Inventory (PDI) (Power, 1993; Slater & Power, 1987). Deze schaal had een redelijke betrouwbaarheid voor zowel workshop (.74) als training (.70). De schaal meet de manier van opvoeden van de ouders (de opvoedingsstijl en het opvoedgedrag van de ouders). Er vielen drie schalen onder “Problemen oplossen”, namelijk Harsh discipline (zes items), Inductive discipline (zes items) en Straffen (negen items). Harsh discipline houdt fysiek straffen in, inductive discipline is het praten met het kind, wijzen op de gevolgen en straffen betekent straffen door negeren, onthouden van privileges of het kind wegsturen. Voor deze schalen werden zeven gedragingen als reactie op de situatie gegeven, zoals ‘stem verheffen’ en ‘straffen door de jongere te negeren’. Per gedraging werd aan de ouders gevraagd hoe waarschijnlijk het was dat hij/zij op die manier reageerde. Een voorbeelditem uit de vragenlijst was: ‘Uw kind wordt brutaal als u probeert hem/ haar iets te verbieden’. De ouders konden antwoorden op een 6-puntsschaal, van zeer waarschijnlijk tot zeer onwaarschijnlijk.

“Disciplineren” (*consistentie*) bestond uit acht items uit de PDI. Ook deze schaal had een redelijke betrouwbaarheid voor de workshop (.74) en had een hoge betrouwbaarheid voor de training (.87). De schaal meet de mate waarin de ouder voorspelbaar gedrag vertoont en doorzet met disciplineren. Een voorbeelditem uit deze schaal was: ‘soms duurt het zo lang voordat ik de kans krijg te reageren op een overtreding van mijn kind dat ik het gewoon laat zitten’. De ouders konden antwoord geven op een 6-puntsschaal, van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens.

“Toezicht houden” (*gedragsregels en toezicht houden*) bestond uit zes items uit de vragenlijst Parental Practices (PP) en zes items uit de vragenlijst Vragenlijst Toezicht Houden (VTH). Beiden hadden een hoge betrouwbaarheid op zowel de workshop (.87, respectievelijk .85) als de training (.85, respectievelijk .86). PP meet de mate waarin de ouder gedragsregels hanteerde voor het kind. Een voorbeelditem dat gebruikt werd, was ‘Heeft uw kind

toestemming van u nodig om laat thuis te komen op een doordeweekse avond?'. De ouders konden antwoord geven op een 5-puntsschaal, van nooit tot bijna altijd. VTH mat de mate van toezicht houden (monitoring) door de ouders op het doen en laten van hun kind. Een voorbeelditem dat gebruikt werd, was: 'weet u wie de vrienden van uw kind zijn?' De ouders konden antwoorden op een 4-puntschaal: ik weet daar niets van, weinig van, veel van of alles van.

### *Analyse*

De vraag in hoeverre de behandelaars aangeven conform het protocol te hebben gehandeld werd onderzocht aan de hand van twee aspecten. Er werd gebruik gemaakt van logboeken en interviewgegevens.

De vraag in hoeverre de behandelintegriteit van invloed was op de ouderuitkomsten werd onderzocht met behulp van een correlatie tussen het percentage gedane sessies in de interventie (gegevens verkregen uit de logboeken) en de verschilcores op T1 (voormeting) en T2 (nameting).

De vragen in hoeverre trainerkenmerken invloed hadden op behandelintegriteit en in hoeverre trainerkenmerken invloed hadden op de ouderuitkomsten werden aan de hand van een multivariate toets onderzocht. Voordat deze toets kon worden uitgevoerd werden er voor de trainerkenmerken categorieën aangemaakt. Er waren twee trainers per ouder. Om de invloed van geslacht van de trainer te onderzoeken werden drie categorieën gehanteerd. De eerste categorie betrof trainerparen bestaande uit twee vrouwen, de tweede categorie betrof trainerparen bestaande uit een man en een vrouw en de derde categorie betrof trainerparen bestaande uit twee mannen. Om de invloed van leeftijd van de trainer te onderzoeken werd een gemiddelde leeftijd van de twee trainers berekend. Om de invloed van het aantal jaren dat de trainer werkzaam is te onderzoeken werd ook een gemiddelde voor de twee trainers berekend. Om de invloed van ervaring van de trainer te onderzoeken werden drie categorieën gehanteerd. De eerste categorie betrof trainerparen bestaande uit twee trainers die ervaring hadden, de tweede categorie betrof trainerparen bestaande uit een trainer met en een trainer zonder ervaring en de derde categorie betrof trainerparen bestaande uit twee trainers zonder ervaring.

## Resultaten

### *In hoeverre geven de behandelaars aan conform het protocol te hebben gehandeld?*

Uit de logboeken blijkt dat er bij de workshop 22 sessies verdeeld over vier bijeenkomsten zijn en bij de training 54 sessies verdeeld over acht bijeenkomst. In onderstaande tabellen is te zien hoeveel sessies er per locatie, per workshop of training zijn uitgevoerd.

Uit deze tabel kan afgelezen worden dat alle trainers, met uitzondering van een enkele uitschieter, een hoog percentage uitgevoerde sessies hebben. Uit de interviews blijkt dat alle onderwerpen (sessies) behandeld worden. Een inventarisatie van de antwoorden uit de interviews is in de bijlage te lezen. Uit de tabel en de inventarisatie van antwoorden valt op te maken dat de trainers die de interventies ouderworkshop en oudertraining geven aangeven volgens het protocol te handelen. Dit betekent dat de trainers een hoge behandelintegriteit hebben.

Tabel 1

*Sessies behandeld, inclusief percentages, workshop*

Locatie	Aantal sessies niet behandeld	Percentage niet/wel	
AL1	2x niet	9%	91%
AL2	0x niet	0%	100%
AL3	0x niet	0%	100%
DH1	0x niet	0%	100%
DH2	0x niet	0%	100%
DO1	0x niet	0%	100%
NH1	2x niet	9%	91%
NH2	0x niet	0%	100%
NH3	1x niet	4,5%	95,5%
RN1	0x niet	0%	100%
RN2	0x niet	0%	91%
RN3	1x niet	4,5%	95,5%
RZ1	3x niet	13,6%	86,4%
RZ2	0x niet	0%	100%
RZ3	1x niet	4,5%	95,5%
TI1	0x niet	0%	100%
TI2	2x niet	9%	91%

UT1	0x niet	0%	100%
UT2	0x niet	0%	100%

Tabel 2

*Sessies behandeld, inclusief percentages, training*

Locatie	Aantal sessies niet behandeld	Percentage niet/wel	
AL1	3x niet	5,5%	94,5%
AL2	5x niet	9%	91%
DO1	1x niet	2%	98%
RN1	3x niet	5,5%	94,5%
RN2	1x niet	2%	98%
RN3	1x niet	2%	98%
RZ1	6x niet	11%	89%
RZ2	9x niet	16,7%	83,3%

De ouderuitkomsten van de voormeting, nameting en de verschilscore voor de workshop en voor de training staan in de volgende tabellen weergegeven.

Tabel 3

*Voormeting ouderuitkomst, Nameting ouderuitkomst, Verschilscore Workshop*

	Range	Voor-meting (N=78) M (SD)	Na-meting (N=66) M (SD)	Verschilscore (N=62) M (SD)
Responsiviteit	1-6	4,45 (.94)	-	-
Belonen	1-5	3,76 (.70)	-	-
Harsh discipline	1-6	3,99 (.88)	4,39 (.88)	,36 (.77)*
Inductive discipline	1-6	4,18 (.71)	4,13 (.83)	,09 (.92)
Straffen	1-6	3,43 (1.03)	3,80 (.91)	,37 (.94)*
Consistentie	1-6	4,06 (1.12)	-	-
Gedragcontrole	1-4	3,80 (1.01)	3,88 (.95)	,11 (.65)
Toezicht houden	1-4	2,84 (.58)	3,02 (.43)	,13 (.39)*

\* $p < .05$ .

- voor deze schalen zijn geen metingen op T2 gedaan. Hierdoor zijn er ook geen verschilcores berekend voor deze schalen

Ouders geven aan dat het gemiddeld waarschijnlijker is dat ze gebruik maken van fysiek straffen, praten met het kind en ook dat het gemiddeld waarschijnlijker is dat ze straffen door het kind te negeren of weg te sturen. Het is gemiddeld ook meer waarschijnlijk dat ouders gebruik maken van gedragscontrole en toezicht houden. De verschillen van harsh discipline (fysiek straffen), straffen (negeren of wegsturen) en toezicht houden zijn significant. Dit betekent dat het verschil tussen de voor- en nameting significant is.

Tabel 4

*Voormeting ouderuitkomst, Nameting ouderuitkomst, Verschilscore Training*

	Range	Voor-meting (N=75) M (SD)	Na-meting (N=66) M (SD)	Verschilscore (N=62) M (SD)
Responsiviteit	1-6	4,41 (1.01)	4,63 (.69)	,25 (61)*
Belonen	1-5	3,68 (.74)	3,69 (.76)	,17 (60)
Harsh discipline	1-6	3,96 (.95)	4,21 (1.02)	,21 (.80)
Inductive discipline	1-6	4,14 (1.03)	3,79 (1.28)	,06 (.69)
Straffen	1-6	3,38 (1.34)	3,55 (1.19)	-,03 (1.10)
Consistentie	1-6	3,90 (1.08)	4,19 (.69)	,28 (.64)*
Gedragscontrole	1-4	3,91 (.90)	3,78 (.87)	-,01 (.69)
Toezicht houden	1-4	2,88 (.63)	2,80 (.51)	,03 (44)

\*  $p < .05$

Uit deze tabel blijkt dat ouders aangeven dat het waarschijnlijker is responsief te zijn, gelijk te belonen, meer gebruik te maken van fysiek straffen. Het is minder waarschijnlijk dat er gebruik gemaakt wordt van praten met het kind en meer waarschijnlijk dat er wordt gestraft door het kind te negeren of weg te sturen. Het is gemiddeld minder waarschijnlijk dat ouders gebruik maken van gedragscontrole en toezicht houden. De verschillen tussen de voor- en nameting zijn significant voor de schalen responsiviteit en consistentie.



*In hoeverre is behandelintegriteit van invloed op de ouderuitkomsten?*

Tabel 5

*Correlatie tussen behandelintegriteit workshop/training en de acht schalen*

	Behandelintegriteitpercentage Workshop	Behandelintegriteitpercentage Training
Responsiviteit	-	-,136
Belonen	-	-,122
Harsh discipline	-,326*	,190
Inductive discipline	-,309*	,294*
Straffen	,120	-,130
Consistentie	-	,271
Gedragcontrole	-,182	,171
Toezicht houden	,081	,044

\*  $p < .05$

*Workshop*

Bij de workshop wordt onderzocht of behandelintegriteit van invloed is op de vijf ouderuitkomsten. Zoals in bovenstaande tabel te zien is hangt *behandelintegriteit* samen met de gemiddelde verschilscore van *harsh discipline* ( $r = -,326$ ;  $p < .05$ ). Deze samenhang betekent dat hoe hoger de behandelintegriteit, hoe sterker de afname (of geringer de toename) is op de gemiddelde verschilscore fysiek straffen. Uit de tabel is ook af te lezen dat *behandelintegriteit* samenhangt met de gemiddelde verschilscore *inductive discipline* ( $r = -,309$ ;  $p < .05$ ). Deze samenhang betekent dat hoe hoger de behandelintegriteit, hoe minder sterk de toename (of sterker de afname) is op de gemiddelde verschilscore op het kind straffen door het aanspreken op het gedrag is. Uit de tabel blijkt dat behandelintegriteit niet significant samenhangt met de andere schalen.

*Training*

Bij de training wordt onderzocht of behandelintegriteit van invloed is op de acht ouderuitkomsten. *Behandelintegriteit* blijkt significant samen te hangen met *inductive discipline* ( $r = ,294$ ;  $p < .05$ ). Dit betekent dat er hoe hoger de behandelintegriteit, hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is op de gemiddelde verschilscore op het kind straffen door het aanspreken op het gedrag is.

Behandelintegriteit blijkt van groter belang voor de ouderuitkomsten bij de workshop dan bij de training. Bij de workshop is behandelintegriteit van invloed op twee van de vijf gemiddelde vershilscores op de ouderuitkomsten en bij de training is behandelintegriteit van invloed op een van de acht gemiddelde vershilscores op de ouderuitkomsten.

*In hoeverre hebben trainerkenmerken invloed op de ouderuitkomsten?*

Tabel 6

*Gemiddelden en standaarddeviaties van sekse en ervaring van de trainer op de schalen - Workshop*

	Vrouw- vrouw (N = 14) M (SD)	Mixed (N = 17) M (SD)	Man-man (N= 15) M (SD)	Beiden ervaring (N = 28) M (SD)	Wel& geen ervaring (N = 0) M (SD)	Geen ervaring (N = 18) M (SD)
Responsiviteit	-	-	-	-	-	-
Belonen	-	-	-	-	-	-
Harsh discipline	,57 (.63)	,55 (.76)	,34 (.78)	,47 (.76)	--	,52 (.68)
Inductive discipline	<b>-,19 (.62)</b>	<b>,59 (1,00)</b>	-,03 (.58)	,10 (.93)	--	,22 (.67)
Straffen	,26 (.49)	,37 (1,07)	,42 (1,32)	,27 (1,08)	--	,48 (.91)
Consistentie	-	-	-	-	-	-
Gedragcontrole	,21 (.54)	,30 (.78)	,03 (.62)	,31 (.67)	--	-,01 (.62)
Toezicht houden	,27 (.44)	,13 (.34)	,13 (.42)	,18 (.40)	--	,16 (.40)

**,00** hangen significant ( $p < .05$ ) samen.

- voor deze schalen zijn geen metingen op T2 gedaan. Hierdoor zijn er geen vershilscores en kan er ook geen toets voor deze variabelen uitgevoerd worden.

-- bij de workshop bestaat geen groep met één persoon met en één persoon zonder ervaring.

### *Workshop*

Het trainerkenmerk *geslacht* hangt samen met *inductive discipline* ( $F = 4,934$ ;  $p < .05$ ). De Post-Hoc-test wees uit dat de gemiddelden op *inductive discipline* significant van elkaar verschillen voor de mixed- en de vrouw-vrouw- categorie. De vrouw-vrouw-categorie scoort lager dan de mixed-categorie. Dit betekent dat er voor de vrouw-vrouw- categorie een sterkere afname (geringere toename) van de gemiddelde vershilscore op *inductive discipline* is dan voor de mixed-categorie. Wanneer twee vrouwen de workshop geven, geven de ouders uit die training aan gemiddeld minder vaak gebruik maken van het kind straffen door middel

van het aan te spreken op zijn of haar gedrag dan wanneer een man en een vrouw de workshop geven.

Uit de correlatieanalyse blijkt dat *hoe lang de trainer werkzaam is* negatief samenhangt met de gemiddelde verschilscore *straffen* ( $r = -,251$ ;  $p < .05$ ). Dit betekent dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe sterker de afname (of geringere toename) is op het straffen door het kind weg te sturen of te negeren.

De trainerkenmerken *leeftijd* en *eerdere ervaring in het geven van de interventie* blijken geen invloed te hebben op de effecten van de workshop.

Tabel 7

*Gemiddelden en standaarddeviaties van sekse en ervaring van de trainer op de schalen - Training*

	Vrouw- vrouw (N = 16) M (SD)	Mixed (N = 11) M (SD)	Man-man (N= 7) M (SD)	Beiden ervaring (N = 1) M (SD)	Wel& geen ervaring (N = 10) M (SD)	Geen ervaring (N = 23) M (SD)
Responsiviteit	,33 (.68)	,13 (.54)	,19 (.64)	,10 (.02)	,35 (.56)	,20 (.67)
Belonen	,12 (.60)	,13 (.63)	,40 (.62)	,75 (1,06)	,21 (.33)	,12 (.67)
Harsh discipline	,36 (.67)	-,02 (.79)	,28 (1,07)	-,33 (1,41)	,48 (.57)	,14 (.83)
Inductive discipline	,06 (.74)	-,16 (.44)	,45 (.84)	<b>-,41 (.82)</b>	-,33 (.73)	<b>,27 (.59)</b>
Straffen	-,41 (.94)	,22 (.95)	,41 (1,51)	1,22 (.15)	-,48 (1,03)	,05 (1,09)
Consistentie	,07 (.54)	,27 (.59)	,63 (.74)	-,37 (.17)	,04 (.66)	,39 (.58)
Gedragcontrole	-,18 (.54)	,00 (.78)	,33 (.86)	-,41 (1,76)	-,16 (.82)	,08 (.56)
Toezicht houden	<b>-,20 (.35)</b>	,15 (.44)	<b>,38 (.37)</b>	-,16 (.47)	-,24 (.32)	,18 (.44)

**,00** hangen significant ( $p < .05$ ) samen.

### *Training*

Het trainerkenmerk *geslacht* is significant van invloed op *toezicht houden* ( $F = 3,760$ ;  $p < .05$ ). De Post-Hoc-test wees uit dat de gemiddelden op toezicht houden significant van elkaar verschillen voor de vrouw-vrouw en man-man categorie. De vrouw-vrouw-categorie scoort lager dan de man-man-categorie. Dit betekent dat er voor de vrouw-vrouw-categorie een sterkere afname (of geringere toename) is op de gemiddelde verschilscore voor *inductive discipline* dan voor de man-man-categorie. Dit betekent dat wanneer er een vrouw-vrouw-trainerkoppel is de ouders uit die training gemiddeld minder vaak gebruik maken van het kind

straffen door middel van het aan te spreken op zijn of haar gedrag dan wanneer twee mannen de training geven.

*Eerdere ervaring in het geven van de interventie* blijkt ook samen te hangen met de toe- of afname van *inductive discipline* ( $F = 7,665$ ;  $p < .05$ ). De Post-Hoc-test wees uit dat de gemiddelden op *inductive discipline* significant van elkaar verschillen voor de beiden ervaring-categorie en beiden geen ervaring-categorie. De categorie beiden ervaring scoort lager dan de categorie beiden geen ervaring. Dit betekent dat er voor de beiden ervaring-categorie een geringere toename (of sterkere afname) is op de gemiddelde verschilscore voor *inductive discipline* dan voor de beiden geen ervaring-categorie. Dit wil zeggen dat indien de trainers beiden ervaring hebben in het geven van de interventie, de ouders uit de training met twee ervaren trainers minder vaak gebruik maken van het kind straffen door middel van het aan te spreken op zijn of haar gedrag.

Uit de correlatieanalyse blijkt dat de gemiddelde *leeftijd* van het trainerkoppel significant samenhangt met de gemiddelde ouderuitkomst op *inductive discipline* ( $r = ,301$ ;  $p < .05$ ) en met de gemiddelde verschilscore op *consistentie* ( $r = ,379$ ;  $p < .05$ ) en de gemiddelde ouderuitkomst *gedragsregels* ( $r = ,282$ ;  $p < .05$ ). Dit betekent dat hoe hoger de gemiddelde leeftijd van het trainerkoppel is, hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is dat de ouders het kind straffen door met het kind te praten. Ook betekent dit dat hoe ouder het trainerkoppel gemiddeld is, hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is in hoe consistent de ouders zijn en hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is dat ouders gedragsregels hanteren. Tot slot hangt de gemiddelde *leeftijd* van het trainerkoppel significant samen met de gemiddelde ouderuitkomst op *toezicht houden* ( $r = ,451$ ;  $p < .01$ ). Dit wil zeggen dat hoe hoger de gemiddelde leeftijd van het trainerkoppel is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat de ouders meer toezicht houden op hun kind. Uit de analyse blijkt ook dat de *jaren* dat het trainerkoppel gemiddeld *werkzaam* is in het vakgebied significant samenhangt met *inductive discipline* ( $r = ,301$ ;  $p < .05$ ), *consistentie* ( $r = ,353$ ;  $p < .05$ ) en met *toezicht houden* ( $r = ,379$ ;  $p < .05$ ). Deze correlaties geven aan dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders straffen door met het kind te praten, hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders consistent zijn en hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders toezicht houden.

*In hoeverre zijn trainerkenmerken van invloed op behandelintegriteit?*

Tabel 8

*Gemiddelden en standaarddeviaties van sekse en ervaring van de trainer op behandelintegriteit-Workshop*

	Vrouw-vrouw (N = 14) M (SD)	Mixed (N = 17) M (SD)	Man-man (N= 15) M (SD)	Beiden ervaring (N = 28) M (SD)	Wel& geen ervaring (N = 0) M (SD)	Geen ervaring (N = 18) M (SD)
Behandelintegriteit	<b>98,07</b> <b>(3,83)</b>	<b>94,70</b> <b>(3,65)</b>	<b>98,20</b> <b>(2,28)</b>	,18 (.40)	--	,16 (.40)

,00 hangen significant ( $p < .05$ ) samen.

-- bij de workshop bestaat geen groep met één persoon met en één persoon zonder ervaring.

*Workshop*

Het trainerkenmerk *geslacht* blijkt bij de workshop significant van invloed op *behandelintegriteit* ( $F = 5,908$ ;  $p < .05$ ). Uit de post-hoc-test blijkt dat de gemiddelde behandelintegriteit van de categorieën vrouw-vrouw en vrouw-man significant van elkaar afwijken. De vrouw-vrouw-categorie scoort hoger dan de vrouw-man-categorie. Dit betekent dat wanneer er een vrouw-vrouw trainerkoppel de training geeft, de behandelintegriteit van die training hoger is dan wanneer de training door een vrouw-man trainerkoppel wordt gegeven. De categorieën vrouw-man en man-man wijken ook significant van elkaar af. Het trainerkoppel vrouw-man scoort lager dan het trainerkoppel man-man. Dit betekent dat wanneer de workshop door een trainerkoppel bestaande uit een vrouw en man gegeven wordt de behandelintegriteit lager is dan wanneer de workshop door een trainerkoppel bestaande uit twee mannen gegeven wordt. Alle geslachtgroepen dragen bij aan de variantie in behandelintegriteit.

Uit de correlatieberekening blijkt dat *hoe lang* het trainerkoppel gemiddeld *werkzaam* is in het vakgebied significant samenhangt met *behandelintegriteit* ( $r = -.229$ ;  $p < .05$ ). Dit betekent dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe geringer de toename (of sterker de afname) van de behandelintegriteit is. *Leeftijd* en *ervaring in het geven van de interventie* hebben geen invloed op behandelintegriteit.

Tabel 9

*Gemiddelden en standaarddeviaties van sekse en ervaring van de trainer op behandelintegriteit-Training*

	Vrouw-vrouw (N = 16) M (SD)	Mixed (N = 11) M (SD)	Man-man (N= 7) M (SD)	Beiden ervaring (N = 1) M (SD)	Wel& geen ervaring (N = 10) M (SD)	Geen ervaring (N = 23) M (SD)
Behandelintegriteit	<b>94,50</b> <b>(3,61)</b>	90,98 (3,74)	<b>95,50</b> <b>(1,70)</b>	83,30 (x)	92,40 (2,95)	94,52 (3,36)

,00 hangen significant ( $p < .05$ ) samen. x: bestaat uit 1 groep.

### *Training*

Bij de training is het trainerkoppel-kenmerk *geslacht* significant van invloed op *behandelintegriteit* ( $F = 3,940$ ;  $p < .05$ ). Uit de post-hoc-test blijkt dat de gemiddelde behandelintegriteit van de groepen vrouw-vrouw en man-man significant van elkaar afwijken. De categorie vrouw-vrouw scoort lager dan de categorie man-man. Dit betekent dat er voor de categorie vrouw-vrouw een geringere toename (of sterkere afname) is op behandelintegriteit dan voor de categorie man-man. Uit de toets blijkt dat de gemiddelde *ervaring* van het trainerkoppel ook invloed op de *behandelintegriteit* heeft ( $F = 2,681$ ;  $p < .05$ ). De categorie waarin beide trainers ervaring hebben scoort gemiddeld de laagste behandelintegriteit, de categorie waarin beide trainers geen ervaring hebben scoort gemiddeld de hoogste behandelintegriteit. Er kan geen post-hoc-test worden uitgevoerd omdat er maar twee vergelijkbare groepen zijn.

Uit de correlatieberekening blijkt dat de gemiddelde *leeftijd* van het trainerkoppel significant samenhangt met *behandelintegriteit* ( $r = ,283$ ;  $p < .05$ ). Dit wil zeggen dat hoe ouder het gemiddelde trainerkoppel is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) op behandelintegriteit is. Uit de correlatieberekening blijkt ook dat *hoe lang* het trainerkoppel gemiddeld *werkzaam* is significant samenhangt met *behandelintegriteit* ( $r = ,234$ ;  $p < .05$ ). Dit betekent dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) op behandelintegriteit is.

## Discussie

Doel van dit onderzoek was om na te gaan wat de mate van behandelintegriteit in de interventies ouderworkshop en oudertraining van *Ouders van Tegendraadse Jeugd* was. Uit de gedane analyses blijkt dat de behandelaars allemaal volgens het protocol hebben gehandeld en dat er sprake is van een hoge behandelintegriteit. Dit komt overeen met de verwachting van voor dit onderzoek.

Een ander doel van dit onderzoek was om de invloed van behandelintegriteit op ouderuitkomsten te onderzoeken. Hiervoor was de hypothese opgesteld dat hoe hoger de behandelintegriteit zou zijn, hoe positiever de ouderuitkomsten zouden zijn. Voor de *workshop* geldt dat hoe hoger de behandelintegriteit is, des te sterker de afname (of geringer de toename) is op de gemiddelde verschilscore fysiek straffen. Ook geldt dat hoe hoger de behandelintegriteit, hoe minder sterk de toename (of sterker de afname) is op de gemiddelde verschilscore op het kind straffen door het aanspreken op het gedrag is. Voor de *training* geldt dat hoe hoger de behandelintegriteit van de training, hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is op de gemiddelde verschilscore op het kind straffen door het aanspreken op het gedrag is. Behandelintegriteit blijkt van groter belang voor de ouderuitkomsten van de workshop dan van de training. Uit dit onderzoek blijkt dat behandelintegriteit nauwelijks van invloed is op de ouderuitkomsten, wat in tegenstelling is tot de literatuur die is gevonden (Arkoosh, Derby, Wacker, Berg, McLaughlin & Barretto, 2007; Armstrong, Ehrhardt, Cool & Poling, 1997; Detrich, 1999; Toffalo, 2000). Uit deze literatuur bleek dat wanneer de interventie goed geïmplementeerd is, er een hoge behandelintegriteit is en dat die bijdraagt aan succesvolle ouderuitkomsten.

Het volgende doel van dit onderzoek was om na te gaan of de trainerkenmerken (gemiddeld voor de trainerkoppels) (sekse, leeftijd, aantal jaren werkzaam en eerdere ervaring in het geven van de interventie) een directe invloed hadden op ouderuitkomsten. Voor de *workshop* geldt dat het trainerkenmerk geslacht samenhangt met inductieve discipline. Wanneer twee vrouwen de workshop geven is de afname van de gemiddelde verschilscore op het straffen van het kind door het aan te spreken op zijn of haar gedrag sterker (of de toename geringer) dan wanneer de workshop wordt gegeven door een man en een vrouw. Voor de *workshop* geldt ook hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, des te sterker de afname (of geringer de toename) is op het straffen door het kind weg te sturen of te negeren. Dit is een positieve uitkomst. Leeftijd en ervaring blijken, voor de workshop, niet van invloed te zijn op de ouderuitkomsten. Uit de analyses voor de *training* blijkt dat wanneer twee

vrouwen de training geven de ouders uit die training gemiddeld minder vaak gebruik maken van het kind straffen door middel van het aan te spreken op zijn of haar gedrag dan wanneer de training gegeven wordt door twee mannen. Ook blijkt dat hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders straffen door met het kind te praten, des te sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders consistent zijn en hoe sterker de toename (of geringer de afname) is dat ouders toezicht houden. Voor de *training* blijkt dat wanneer het trainerkoppel eerdere ervaring heeft in het geven van de interventie er een sterkere afname (of geringere toename) is in het straffen van het kind door het aan te spreken op zijn of haar gedrag dan wanneer de training wordt gegeven door trainers die beiden geen ervaring hebben. Wat betreft de gemiddelde leeftijd van het trainerkoppel geldt dat hoe hoger de gemiddelde leeftijd is, des te sterker de toename (of minder sterk de afname) is dat de ouders het kind straffen door met het kind te praten. Ook geldt dat hoe ouder het trainerkoppel gemiddeld is, hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is in hoe consistent de ouders zijn en hoe sterker de toename (of minder sterk de afname) is dat ouders gedragsregels hanteren. Tot slot geldt dat hoe hoger de gemiddelde leeftijd van het trainerkoppel, des te sterker de toename (of geringer de afname) is dat de ouders meer toezicht houden op hun kind. Voor deze relatie werd nauwelijks literatuur gevonden. Wel werd gevonden dat de ervaring van de behandelaar volgens enkele auteurs weinig effect heeft op de uitkomst van de behandeling (Driscoll, Cukrowicz, Reitzel, Hernandez, Petty & Joiner, 2003). In dit onderzoek wordt deze bevinding enigszins ontkracht, doordat bij de training ervaring wel samenhangt met een sterkere afname (of geringere toename) in het straffen van het kind door het aan te spreken op zijn of haar gedrag. Nu blijkt dat de verschillende trainerkenmerken van invloed zijn op ouderuitkomsten is de vraag waarom hier niet meer (en eerder) onderzoek naar gedaan is. Hiervoor wordt bij deze een aanbeveling gedaan. Het zou goed zijn om meer inzicht te hebben in welke trainerkenmerken precies invloed hebben op ouderuitkomsten zodat hier in interventies, en het kiezen van een behandelaar, rekening mee gehouden kan worden.

De laatste relatie die onderzocht werd was of de trainerkenmerken van invloed waren op behandelintegriteit. Bij de *workshop* blijkt, wat betreft sekse, dat wanneer twee vrouwen of twee mannen de workshop geven de behandelintegriteit van die workshop hoger is dan wanneer de training door een vrouw en een man wordt gegeven. Hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is in het vakgebied des te sterker de afname (of geringer de toename) van de behandelintegriteit is. De gemiddelde ervaring en leeftijd van het trainerkoppel dragen niet bij aan de behandelintegriteit in de workshop. Voor de *training* geldt dat wanneer de



training door twee vrouwen wordt gegeven er een geringere toename (of sterkere afname) is op behandelintegriteit dan wanneer de training wordt gegeven door twee mannen. Wanneer beide trainers ervaring hebben, hebben zij gemiddeld de laagste behandelintegriteit, wanneer beide trainers geen ervaring hebben, hebben zij gemiddeld de hoogste behandelintegriteit. Hoe ouder het gemiddelde trainerkoppel is, des te sterker de toename (of geringer de afname) op behandelintegriteit is. Hoe langer het trainerkoppel gemiddeld werkzaam is, hoe sterker de toename (of geringer de afname) op behandelintegriteit is. Voor de relatie trainerkenmerken – behandelintegriteit werd geen consensus bereikt in de literatuur. Volgens sommige onderzoekers zou meer ervaring leiden tot minder integriteit (Perepletchikova & Kazdin, 2005). In dit onderzoek blijkt dat wanneer beide trainers ervaring hebben dit leidt tot een lagere integriteit. Het onderzoek van Perepletchikova en Kazdin (2005) wordt in dit onderzoek bevestigd.

Na de resultaten besproken te hebben zijn er nog een aantal beperkingen van het onderzoek te noemen. De steekproef van zowel het aantal behandelaars ( $n = 10$  (workshop),  $n = 17$  (training)) die gebruikt is om behandelintegriteit vast te stellen, als de respondenten ( $n = 62$ , voor zowel de workshop als de training) is klein. Te klein om de gebleken resultaten te kunnen generaliseren. Ik geef hierbij dan ook als aanbeveling om meer onderzoek te doen naar zowel behandelintegriteit als de invloed van behandelintegriteit op ouderuitkomsten, als de invloed van trainerkenmerken op behandelintegriteit.

Ook moet er een nuance gemaakt worden bij de ouderuitkomsten. De ouderuitkomst is een gemiddelde verschilscore van alle ouders bij elkaar. Het zou kunnen dat enkele ouders erg laag of erg hoog scoren, waardoor het gemiddelde sterk omlaag of omhoog gaat. Hiermee is bij de berekening en analyses geen rekening gehouden. Om deze nuance te illustreren het volgende. Voor de *workshop* geldt dat ouders aangeven dat het gemiddeld waarschijnlijker is dat ze gebruik maken van fysiek straffen, praten met het kind, het kind straffen door het te negeren of weg te sturen, gedragscontrole en toezicht houden. Er wordt verwacht dat alle opvoedingsvaardigheden verbeteren, dat is immers het doel van de interventies. Dit blijkt niet zo te zijn. Wanneer ouders, bijvoorbeeld, meer gebruik gaan maken van fysiek straffen is dit een achteruitgang in plaats van verbetering. Voor de *training* geldt hetzelfde. Ouders geven aan dat het waarschijnlijker is responsief te zijn, gelijk te belonen, meer gebruik te maken van fysiek straffen, en waarschijnlijker is dat er wordt gestraft door het kind te negeren of weg te sturen. Het is minder waarschijnlijk dat er gebruik gemaakt wordt van praten met het kind en dat ouders gebruik maken van gedragscontrole en toezicht houden. Om de nuance met een aantal opvoedingsvaardigheden te illustreren: de opvoedingsvaardigheid responsief zijn

verbetert, evenals belonen. Het is echter waarschijnlijker dat er gebruik gemaakt wordt van fysiek straffen. Dat is een achteruitgang en niet wat verwacht werd.

Bij het meten van behandelintegriteit moet ook een kanttekening geplaatst worden. Uit onderzoek blijkt dat behandelintegriteit het best kan worden gemeten aan de hand van observatie (Armstrong, Erhardt, Cool & Poling, 1997; Gresham et.al., 1993; Kazdin, 1998; Nock & Kazdin, 2005; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Peterson, Homer & Wonderlicht, 1982; Sterling-Turner & Watson 2002). Voor observeren was in dit onderzoek geen ruimte. Het meten van behandelintegriteit zoals die in dit onderzoek is gedaan is om die reden wellicht niet op de juiste manier gedaan.

De effecten die blijken uit dit onderzoek zijn niet toe te schrijven aan één enkele trainer. In dit onderzoek was er sprake van trainerkoppels. Er waren twee trainers per workshop (46 trainerkoppels – trainers gaven de workshop meer dan eens) of training (34 trainerkoppels – trainers gaven de training meer dan eens) en dus werden de ouders en hun uitkomsten door twee trainers beïnvloed. Hier is nog niet eerder onderzoek naar gedaan en hiervoor geldt dan ook hetzelfde als gezegd bij de trainerkenmerken, dat er nog onderzoek naar gedaan moet worden.

Een andere aanbeveling voor verder onderzoek is om een standaard maatstaf voor behandelintegriteit te maken. Het is bekend dat het meten van behandelintegriteit kan door middel van observaties, maar er zijn wellicht nog andere, betere, manieren. Ook moet duidelijk worden met welke factoren rekening gehouden moet worden bij het vaststellen van behandelintegriteit. Tot slot moet er, en ik benadruk dit, meer onderzoek gedaan worden naar de invloed van trainerkenmerken op ouderuitkomsten in interventies. Wanneer bekend is met welke trainerkenmerken rekening gehouden moet worden voor een optimaal resultaat kan een behandelaar daarop worden uitgekozen.

## Literatuurlijst

- Arkoosh, M.K., Derby, K.M., Wacker, D.P., Berg, W., McLaughlin, T. F. & Barretto, A. (2007). A descriptive evaluation of long-term treatment integrity. *Behavior Modification, 31*, 6, 880-895.
- Armstrong, K.J., Ehrhardt, K.E., Cool, R.T. & Poling, A. (1997). Social validity and treatment integrity data: reporting in articles published in the journal of developmental and physical disabilities, 1991 – 1995. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 4*, 359 – 367.
- Calsyn, R.J. (2000). A checklist for critiquing treatment fidelity studies. *Mental Health Services Research, 2*, 107 – 113.
- Dane, A.V., & Scheider, B.H. (1999). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Child Psychology, 18*, 23-14.
- Detrich, R. (1999). Increasing treatment fidelity by matching interventions to contextual variables within the educational setting. *School Psychology Review, 28*, 608 – 620.
- Driscoll, K.A., Cukrowicz, K.C., Reitzel, L.R., Hernandez, A., Petty, S.C. & Joiner, T.E. (2003). The effect of trainee experience in psychotherapy on client treatment outcome. *Behavior Therapy, 34*, 165 – 177.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Unpublished rating scale, University of Alabama.
- Gerris, J.R.M., Vermulst, A.A., Boxtel, D.A.A.M. van, Janssens, J.M.A.M., Zutphen, R.A.H. van, & Felling, A.J.A. (1993). *Parenting in Dutch families: A representative description of Dutch family life in terms of validated concepts representing characteristics of parents, children, the family as a system and parental socio-cultural value orientations*. Nijmegen: University of Nijmegen, Institute of Family Studies.
- Gresham, F.M. (1989). Assessment of Treatment Integrity in School Consultation and Prereferral Intervention. *School Psychology Review, 18*, 37-50.
- Gresham, F.M. (2004). Current status and future directions of school-based interventions. *School Psychology Review, 33*, 326-343.
- Gresham, F.M., Gansle, K.A. & Noell, G.H. (1993). Treatment integrity in applied behavior analysis with children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 26*, 257 – 263.

- Gresham, F.M., Gansle, K.A., Noell, G.H., Cohen, S., & Rosenblum, S. (1993). Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies: 1980-1990. *School Psychology Review*, 22, 254-273.
- Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1 – 41.
- Loeber, R., Slot, N. W., & Sergeant, J. A. (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mowbray, C.T., Holter, M.C., Teague, G.B. & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24, 315 – 340.
- Nock, M.K. & Kazdin, A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 872-9.
- Noell, G.H., Gresham, F.M. & Gansle, K.A. (2002). Does treatment integrity matter? A preliminary investigation of instructional implementation and mathematics performance. *Journal of Behavioral Education*, 11, 51 – 67.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR; Castalia.
- Perepletchikova, F. & Kazdin, A.E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: issues and research recommendations. *Oxford University Press*, 12, 365 – 383.
- Peterson, L., Homer, A.L. & Wonderlich, S.A. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 477 – 492.
- Power, T. G. (1993). *Parenting Dimensions Inventory (PDI): A research manual*. Available from the author, Psychology Department, University of Houston, Houston, TX.
- Progar, P.R., Perrin, F.A., Dinovi, B.J. & Bruce, S.S. (2001). Treatment integrity: Some persistent concerns and some view perspectives. *Behavior Analyst Today*, 2, 28 – 32.
- Slater, M. A., & Power, T. G. (1987). Multidimensional assessment of parenting in single-parent families. In J. P. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment, and theory* (pp. 197-228). Greenwich, CT: JAI Press.
- Sterling-Turner, H.E. & Watson, T. S. (2002). An analog investigation of the relationship between treatment acceptability and treatment integrity. *Journal of Behavioral Education*, 11, 39 – 50.

- Toffalo, D.A.D. (2000). An investigation of treatment integrity and outcomes in wraparound services. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 351-361.
- Vermilyea, B.B., Barlow, D.H., & O'Brien, G.T. (1984). The importance of assessing treatment integrity: an example in anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 1.
- Wheeler, J.J., Baggett, B.A., Fox, J. & Blevins, L. (2006). Treatment integrity: a review of intervention studies conducted with children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 21, 45 -54.

## **Bijlage 1**

### *Inventarisatie antwoorden ouderbegeleiders interview na eerste workshop of training*

Antwoorden op vraag “Hebt u alle sessies uit kunnen voeren?”

- “Ja!” (Het meest, bijna altijd, voorkomende antwoord!)
- “Alle trainingsavonden zijn gedaan en tot nu toe is het gelukt om alle thema’s te behandelen.”
- “Soms wordt er een sessie overgeslagen, maar die komt dan in de volgende training terug.”
- “We hebben een enkele keer een inleidende sessie ingekort, zodat er meer tijd over bleef om de oefeningen uit te voeren.”
- “De aandacht van de ouders verslapt soms als je lang door gaat over één onderwerp, daarom korten we sommige inleidende stukken in.”
- “We maken wel eens gebruik van andere voorbeelden omdat deze meer aansluiten bij de belevingswereld van de ouders.”
- “Alle thema’s zijn aan bod gekomen.”
- “Bijeenkomsten zijn dynamische processen, we geven er samen de draai aan die bij de groep past. Wel zorgen we er voor dat alle sessies aan bod komen.”
- “We zijn wel flexibel geweest. Als ouders vragen hadden over andere onderwerpen werden deze ook beantwoord.”
- “Soms wordt een bepaalde oefening anders ingevuld omdat er ruimte of tijd nodig is die er op dat moment niet is.”
- “De eerste workshop of training is moeilijk. Je moet bekijken hoe ouders reageren en hoe snel je door de stof heen kan gaan, of juist hoe duidelijk je het moet maken. We hebben alle sessies behandeld, maar op ons eigen tempo.”
- “Alle sessies zijn gedaan. De opbouw van het programma vinden we prettig.”
- “Dat de bijeenkomsten zijn uitgeschreven werkt erg prettig, je weet precies wanneer je wat moet doen. Wel passen we het taalgebruik iets aan.”