



Triple P oudertraining als preventie tegen kindermishandeling?

Effectiviteit van de Triple P groepstraining op de afname van risicokenmerken voor kindermishandeling

Master thesis, Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht

Student: Eva van der Zee

3198731

Instelling: GGZ kinderen en Jeugd Rivierduinen

Eerste begeleider/ beoordelaar: Mevr. Dr. C van Tuijl – *Universiteit Utrecht*

Tweede begeleider: Mevr. I. C. van Breukelen – *GGZ kinderen en jeugd, Rivierduinen*

ABSTRACT

In dit onderzoek is bekeken of ouders die deelnamen aan de Triple P training niveau 4 (2-12) meer risicokenmerken op kindermishandeling vertoonden dan ouders in de normale populatie. Verder is onderzocht hoeveel gezinnen blootstonden aan het cumulatierisico van drie of meer risicokenmerken en hierdoor als risicogezin konden worden aangeduid. Als laatste is de effectiviteit van de Triple P training op de risicokenmerken in het kind- en oudergedrag onderzocht. De onderzoeksgroep bestond uit 131 ouders die de Triple P training hebben gevolgd en een vergelijkingsgroep van 118 ouders van kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar. Beide groepen hebben op twee meetmomenten vragenlijsten ingevuld (SDQ, PS, PSoC en DASS). Gebleken is dat de ouders die de Triple P training volgden meer risicokenmerken op kindermishandeling hadden dan de ouders in de vergelijkingsgroep. Tevens waren er significant meer gezinnen met drie of meer risicokenmerken in de Triple P groep (82%) dan in de vergelijkingsgroep (43%). Uit de analyses bleek dat de Triple P training deels effectief is op de afname van de risicokenmerken in het kind- en oudergedrag. Ouders scoorden het gedrag van hun kind als minder problematisch, hanteerden minder disfunctionele opvoedingsstijlen en rapporteerden minder depressie en stress gevoelens, maar er werd geen toename in competentiegevoel gevonden.

INLEIDING

Kindermishandeling is een maatschappelijk probleem dat in veel landen voorkomt, waaronder Nederland. De prevalentie van kindermishandeling is moeilijk vast te stellen. De geregistreerde gevallen zijn waarschijnlijk het topje van de ijsberg (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009). In recent onderzoek naar de omvang van kindermishandeling van de Universiteit Leiden, wordt geschat dat 107.200 kinderen van 0-18 jaar slachtoffer worden van enige vorm van kindermishandeling. Dit zijn 30 op de 1000 kinderen (Van Ijzendoorn et al., 2007).

Over het begrip kindermishandeling zijn verschillende definities in de omloop. In deze thesis zal worden uitgegaan van de volgende definitie die door de Nederlandse overheid is vastgesteld in de Wet op de Jeugdzorg: "Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van

afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel" (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004).

Kindermishandeling kan zowel op de korte als op de lange termijn de fysieke, neurologische en cognitieve ontwikkeling van kinderen ernstig verstoren (Margolin & Gordis, 2000). Op korte termijn kan kindermishandeling leiden tot fysieke verwondingen en in het ergste geval zelfs tot overlijden van het kind. Kinderen die worden mishandeld vertonen vaak emotionele klachten als stress, angst en depressie (McLeer, Callaghan, Henry, & Wallen, 1998). Verder verloopt de cognitieve ontwikkeling bij deze kinderen vaker problematisch. Hierdoor kunnen kinderen taal- en leerachterstanden oplopen (Margolin & Gordis, 2000; Osofsky, 1995; Widom, 2000).

Uit onderzoek is verder gebleken dat kinderen die fysiek worden mishandeld meer agressie en externaliserend probleemgedrag laten zien (Kolko, 1992). Op lange termijn lopen deze kinderen meer risico op drugs - en alcoholmisbruik en komen zij vaker in aanraking met justitie. Tevens is er een verband gevonden tussen kindermishandeling en een problematische omgang met leeftijdsgenoten. Kinderen die worden mishandeld vinden het vaak moeilijk sociale relaties aan te gaan en laten vaker gewelddadiger gedrag zien in de omgang met leeftijdsgenoten (Kaufman & Cicchetti, 1989; Rogosch, Cicchetti, & Aber, 1995; Widom, Czaja, & Dutton, 2008). De frequentie en de ernst van de mishandeling is van invloed op de lichamelijke en psychische gevolgen, evenals de weerbaarheid en de protectieve factoren bij het kind (Margolin & Gordis, 2000; Masten, 2001).

Behalve voor het individuele kind heeft kindermishandeling ook financiële gevolgen voor de maatschappij. Naast de kosten voor medische en geestelijke gezondheidszorg, brengt kindermishandeling ook extra onderwijsinspanningen, criminaliteit en maatschappelijke uitval met zich mee (Kooijman, 2000). Vanwege de ernstige gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen en de maatschappij is het van belang vroegtijdig in te grijpen. In deze thesis wordt ingegaan op de effectiviteit die oudertrainingen kunnen spelen bij de preventie van kindermishandeling door risicofactoren te verminderen en protectieve factoren te versterken.

Omgeving- en gezinsfactoren

In gezinnen waar kindermishandeling voorkomt ligt vaak een complexiteit aan risico- en protectieve factoren ten grondslag. Kindermishandeling is lang beschouwd als een individueel probleem, maar vele recente studies hebben de invloed van omgeving- en

gezinsfactoren aangetoond.

Een belangrijke factor bij kindermishandeling is armoede. In veel onderzoeken is een verband aangetoond tussen een lage sociaal economische status (SES) en kindermishandeling (Kooiman & Wolzak, 2004, Barth, 2009). Gezinnen waar kindermishandeling in voorkomt, komen voor driekwart uit de lage tot zeer lage economische bevolkingsgroep (Van IJzendoorn et al., 2007). Stagner en Lansing (2009) merken hierbij op dat deze hoge aantallen gedeeltelijk het resultaat kunnen zijn van onderrapportage in ziekenhuizen voor blanke en welgestelde families. Het wonen in een achterstandsbuurt, een laag inkomen, weinig sociale steun van familie en vrienden, werkloosheid en een lage opleiding zijn risicofactoren op kindermishandeling die met armoede samenhangen (Merritt, 2009).

Huiselijk geweld binnen een gezin verhoogt het risico op kindermishandeling. In 30 tot 60% van de huishoudens waar huiselijk geweld plaatsvindt, worden kinderen ook mishandeld (Geurts & Bakker, 2007). Daarnaast zijn de opvoedvaardigheden van moeders die in een geweldsituatie leven minder consistent (Rossman & Gea, 2005).

De samenstelling van een gezin heeft ook invloed op de welgesteldheid van een familie. Eenoudergezinnen lopen meer risico op mishandeling vanwege de vaak lagere inkomens, meer stress en minder sociale en financiële mogelijkheden voor het kind (Berger et al., 2004; Merritt, 2009). In gezinnen met een alleenstaande vader lopen kinderen twee keer zoveel risico op mishandeling (Sedlack & Broadhurst, 1996). Jongens lopen meer risico op harde verbale en fysieke straffen, waarbij vaders harder straffen dan moeders (McKee et al., 2007). Ook komt kindermishandeling meer voor in grote gezinnen en stiefgezinnen (Van IJzendoorn et al., 2007).

Factoren bij kinderen en ouders

Jonge kinderen (peuters en kleuters) lopen het meeste risico om slachtoffer te worden van fysieke en emotionele mishandeling. Jonge kinderen zijn fysiek en emotioneel erg afhankelijk van hun ouders en hierdoor kwetsbaarder dan oudere kinderen (Sedlack & Broadhurst, 1996). Kinderen met een verstandelijke of lichamelijke beperking lopen eveneens meer risico. Deze kinderen zijn kwetsbaar en hebben veel zorg, begeleiding en geduld nodig. Dit kan veel stress en frustratie opleveren voor ouders. Daarnaast lopen deze ouders het gevaar in een sociaal isolement terecht te komen, wat het risico op kindermishandeling eveneens verhoogd (Aniol, Mullins, Page, Boyd, & Chaney, 2004).

Onderzoek heeft verder aangetoond dat een temperamentvol karakter, emotionele

problemen en gedragsproblemen bij kinderen het risico op kindermishandeling kunnen verhogen. Deze kinderen brengen vaak veel uitdaging en stress voor ouders met zich mee en in combinatie met risicofactoren bij ouders kan dit tot mishandeling leiden (Kolko, Kazdin, Thomas, & Day, 1993). Belangrijk bij de rol van gedragsproblemen is dat ouders die hun kinderen mishandelen het gedrag van hun kind veel negatiever interpreteren dan onafhankelijke personen. Het neutrale gedrag van het kind wordt eerder geïnterpreteerd als negatief en ongewenst en probleemgedrag wordt door deze ouders gezien als opzettelijk en intrinsiek aan het kind (Grietens, De Haene, & Uyttebroek 2007; Hakman, Chaffin, Funderburk, & Silovsky, 2009; Lau, Valeri, McCarthy, & Weisz, 2006; Rossman & Rea, 2005). Door deze negatieve interpretaties, zijn ouders minder goed in staat op een positieve manier te reageren op het gedrag van hun kind. Hierdoor ontstaat er een negatieve wisselwerking tussen ouder en kind, waarbij het probleemgedrag van het kind vaak verergert en ouders steeds harder optreden (Turner & Sanders, 2005).

Ouders die hun kinderen mishandelen hebben daarnaast vaak onrealistische verwachtingen van hun kind. Zij onderschatten of overschatten de mogelijkheden van hun kind, wat voor frustratie kan zorgen bij zowel ouder als kind (Schellenbach, Monroe, & Merluzzi, 1991; Seng & Prinz, 2008). Een goede kennis van de ontwikkeling van een kind is een protectieve factor bij kindermishandeling (Stagner & Lansing, 2009).

Het ervaren van een hoge mate van stress kan werken als een katalysator bij kindermishandeling (Grietens et al., 2007; Holden & Banez, 1996; Schellenbach et al., 1991; Seng & Prinz, 2008). Hoe meer stress een ouder ervaart, hoe negatiever ouders het gedrag van hun kind interpreteren (Schellenbach et al., 1991). Uit het onderzoek van Schellenbach en anderen (1991) onder risicomoeders bleek dat zij meer controlerend waren, meer straffen uitdeelden, afwijzender en opvliegender waren tegenover hun kinderen. Een hoge mate van stress bij moeders verergerde deze kenmerken. Holden en Banez (1996) toonden eveneens de relatie aan tussen stress bij het opvoeden en het risico op kindermishandeling.

Ouders die hun kinderen mishandelen hebben relatief vaak psychische problemen, maar dit is nog weinig onderzocht. De rol van depressiviteit van ouders bij kindermishandeling is wel aangetoond (Barth, 2009). Depressieve klachten gaan gepaard met een laag zelfvertrouwen, gevoelens van hulpeloosheid, extreme vermoeidheid en frustratie en agressie (Sheppard, 2003). Uit onderzoek van Silver, Heneghan, Bauman en Stein (2006) kwam naar voren dat depressieve symptomen bij moeders samen gaan met lage gevoelens van competentie, weinig sociale support en een hoge mate van stress. Depressieve moeders zien

zichzelf als minder capabel om de taken en verantwoordelijkheden als ouder aan te kunnen (Silver et al., 2006). Door deze klachten zijn depressieve ouders veel met hun eigen problemen bezig en hierdoor minder goed in staat aan de emotionele en fysieke behoeftes van hun kind te voldoen (Sheppard, 2003). Deze ouders zijn emotioneel minder bereikbaar en kunnen het gedrag van hun kind vaak niet in samenhang met hun eigen problemen zien (Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland, 2002). Ouders met depressieve klachten vertonen verder meer afwijzend gedrag naar hun kinderen toe en zijn minder responsief en sensitief naar hun kinderen toe (Langrock et al., 2002).

Middelenmisbruik wordt ook wel gezien als een belangrijke oorzaak bij kindermishandeling (Barth, 2009). Uit een onderzoek van Besinger, Garland, Litrownik en Landsverk (1999) naar gezinnen van 639 uit huis geplaatste kinderen, kwam naar voren dat in 79% van de gevallen sprake was van middelenmisbruik. Tenslotte hebben ouders die vroeger zelf mishandeld zijn door hun ouders, een verhoogde kans hun kinderen ook te mishandelen (Kim, 2009; Seng & Prinz, 2008; Sheppard, 2003).

De opvoedingsvaardigheden van ouders en hun competentiegevoel zijn belangrijke factoren in de relatie tussen ouders en kinderen. Aangetoond is dat gebrek aan opvoedvaardigheden verband houdt met gedragsproblemen bij kinderen (McKee et al., 2007; Stemmler, Beelmann, Jaursch, & Losel, 2007; Stormshak, Bierman, McMahon & Lengua, 2000). Disfunctioneel opvoedgedrag van ouders kan leiden tot emotionele problemen (zoals angsten en depressie) en gedragsproblemen (zoals agressie en aandachtsproblemen) bij kinderen (Langrock et al., 2002; Stemmler et al., 2007; Stormshak et al., 2000). Anderzijds kan moeilijk gedrag van het kind veel stress en frustratie bij ouders oproepen, wat de kans op mishandeling verhoogt (McKee et al., 2007). Er vindt dus een wisselwerking plaats tussen het gedrag van de ouders en het gedrag van het kind.

Ouders met een autoritaire opvoedingstijl lopen een verhoogd risico om hun kinderen te mishandelen. Deze ouders zijn minder sensitief, verwachten gehoorzaamheid en hanteren een strenge discipline. Hierdoor zijn zij eerder geneigd fysiek en verbaal te straffen om controle te houden over het gedrag van hun kind. Kindermishandeling komt vaak voor in de vorm van uit de hand gelopen disciplineringsstrategieën (McKee et al., 2007; Rossman & Gea, 2005). Stormshak en anderen (2000) vonden een relatie tussen een strenge discipline en internaliserende en externaliserende gedragsproblemen bij kinderen. Ook hier is dus sprake van de wederzijdse beïnvloeding tussen ouder en kind.

Competentiegevoel bij ouders blijkt een belangrijke protectieve factor te zijn bij

kindermishandeling (Holden & Banez, 1996). Moeders met een verhoogd risico op kindermishandeling laten een laag zelfbeeld en laag competentiegevoel zien (Teti & Gelfand, 1991). Warmte en gevoeligheid van de ouders tegenover hun kinderen werken als een buffer tegen gedragsproblemen (McKee et al., 2007). Verbeteringen in opvoedingsvaardigheden van de ouders worden geassocieerd met afname van het probleemgedrag bij kinderen (Patterson, DeGarmo, & Forgatch, 2004; Sanders et al., 2008). Een competente opvoedingsstijl en adequate opvoedingsvaardigheden zijn belangrijke protectieve factoren voor een goede emotionele ontwikkeling en goed gedrag van het kind (Masten, 2001).

Preventie van kindermishandeling door middel van oudertrainingen

Om gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen zijn er vele opvoedinterventies voor ouders gestart. Deze interventies richten zich op een aantal protectieve factoren, te weten: (1) het helpen ontwikkelen van gepaste verwachtingen van het kind, (2) op een gevoelige en zorgzame manier omgaan met het kind en (3) op een positieve manier te disciplineren (Barth, 2009). Hoewel deze interventies niet direct gericht zijn op de preventie van kindermishandeling, kunnen oudertrainingen wel leiden tot een afname van risicofactoren bij ouders die geassocieerd zijn met kindermishandeling. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar het effect van oudertrainingen op mishandelende ouders, maar uit de eerste resultaten blijkt dat er verbeteringen optreden in de vaardigheden en competentie van ouders wat het risico op verdere mishandeling doet afnemen (Sanders et al., 2004).

Hakman en anderen (2009) zagen een afname van risico's op kindermishandeling bij ouders die een Parent- Child Interaction Therapy (PCIT) volgden. Deze ouders reageerden positiever op het gedrag van hun kind, leerden nieuwe disciplinerende vaardigheden en het moeilijke gedrag bij het kind nam af. Bij de oudertraining 'Combined-Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy' (CPC-CBT) werden eveneens positieve resultaten gevonden voor ouders die hun kinderen mishandelen en ouders met een hoog risico hierop. Na interventie gebruikten deze ouders minder fysieke disciplinerende, waren consistent in hun opvoeding en de gedragsproblemen bij kinderen namen af (Runyon, Deblinger, & Schroeder, 2009). Een kanttekening bij dit soort onderzoeken is dat risico-instrumenten die de kans op kindermishandeling schatten nog niet erg nauwkeurig zijn (Stagner & Lansing, 2009).

Triple P

Een van de oudertrainingen die veel onderzocht is en positieve effecten heeft op het opvoedgedrag van ouders, is de oudertraining Triple P (Speetjens, De Graaf, Blokland, 2007).

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma. Deze training komt oorspronkelijk uit Australië en is ontwikkeld door Sanders. De training is bedoeld voor ouders die behoefte hebben aan opvoedingsondersteuning en heeft als doel ernstige gedragsmatige, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen te voorkomen door de kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van ouders te verbeteren (Sanders, Turner, & Markie-Dadds, 2002). Het programma van Triple P gaat uit van vijf kernprincipes van positief opvoeden: (1) kinderen een veilige en stimulerende omgeving bieden, (2) kinderen laten leren door positieve ondersteuning, (3) een aansprekende discipline hanteren, (4) realistische verwachtingen hebben van het kind en (5) als ouder goed voor jezelf zorgen. Het doel van de training is ouders de handvaten en vaardigheden te geven om daarna op eigen kracht het ouderschap aan te kunnen (Sanders, 2008).

Er zijn verschillende niveaus te onderscheiden in de Triple P interventie. Het aanbod van Triple P loopt van niveau 1; een massamediale informatiecampaigned, tot niveau 5; een gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen van het kind. Daarnaast is er het 'Stepping Stones' programma, bedoeld voor ouders met kinderen die een ontwikkelingsstoornis hebben, en 'Pathways' voor ouders die een hoog risico lopen om hun kinderen te mishandelen (Sanders, 2008).

De groepstraining niveau 4 is een intensief trainingsprogramma voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen, die effectieve opvoedvaardigheden willen leren. Deze ouders volgen acht sessies, waarbij er vijf groepsbijeenkomsten zijn en drie individuele telefonische sessies. Doel is om ouders een competente opvoedingsstijl aan te leren die kinderen stimuleert om nieuwe vaardigheden aan te leren. Daarnaast wordt aandacht besteed aan een aansprekende en adequate disciplineren en vermindering van negatieve en dwingende disciplineringsvormen (Speetjens et al., 2007). Uit meta-analyses naar het effect van de Triple P training komt naar voren dat er verbeteringen optreden bij ouders in de opvoedingsvaardigheden, het zelfvertrouwen en de opvoedingsstijl (Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). De mate van stress en symptomen van depressie nemen af (Sanders et al., 2002). In een groot aantal van deze onderzoeken is echter wel de ontwikkelaar, Sanders, betrokken, wat de onafhankelijkheid van de onderzoeken mogelijk heeft beïnvloed (Bodenmann, Cina, & Ledermann, 2008; Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Sanders et al., 2002; Sanders et al., 2008; Turner & Sanders, 2005).

Onderzoek wijst verder uit dat disfunctionele opvoedingsstijlen, zoals overreactiviteit, laksheid en breedsprakigheid afnemen (De Graaf & Bohlmeijer, 2006) en protectieve factoren

als ouderlijke warmte toenemen (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Ouders die Triple P gevolgd hebben voelen zich competent, hebben minder stress en de mate van het door ouders ervaren probleemgedrag bij kinderen neemt af (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Daarnaast nemen problemen in de relatiesfeer tussen ouders af (Nowak & Heinrichs, 2008). De ervaren gedragsproblemen door ouders bij kinderen nemen eveneens af (De Graaf, Speetjens, Smit, Wolff, Tavecchio, 2008). Uit een groot onderzoek naar de preventieve mogelijkheden van Triple P op kindermishandeling, bleek dat onder gezinnen die de Triple P training hadden gevolgd, er minder kindermishandeling, minder uithuisplaatsingen en minder verwondingen werden geregistreerd op lange termijn in vergelijking met gezinnen die andere hulpverlening kregen (Prinz et al., 2009).

Onderzoeksvraag

Doel van het huidige onderzoek is na te gaan of de Triple P training niveau 4 kan bijdragen aan de preventie van kindermishandeling. Uit onderzoek is gebleken dat ouders met opvoedproblemen een verhoogd risico lopen om hun kinderen te mishandelen. In dit onderzoek zal worden nagegaan of ouders die de Triple P training volgen op basis van hun kenmerken meer risico lopen op kindermishandeling dan ouders die de training niet volgen. Hiervoor worden de gegevens van ouders die de Triple P training hebben gevolgd (de experimentele groep) vergeleken met een vergelijkingsgroep van ouders die dezelfde gegevens hebben ingevuld, maar geen training hebben gevolgd. De ouders zullen bij alle vragen worden vergeleken op de volgende risicofactoren: a) depressie, angst en stress, b) autoritaire opvoedingsstijl, c) Laag competentiegevoel en d) mate waarin het gedrag van het kind als problematisch wordt ervaren. Daarnaast zullen zij worden vergeleken op achtergrondkenmerken die eveneens als risico kunnen worden beschouwd, te weten: a) laag opgeleid, b) meerdere kinderen in het gezin (vier of meer), c) scheiding/alleenstaand, d) hulpverlening bij ouders, e) slechte gezondheid of beperking bij kinderen, g) de jonge leeftijd van het kind (0-4)

De eerste vraag van dit onderzoek is: (1) Hebben ouders die de Triple P training volgen op basis van hun kenmerken meer risico op kindermishandeling dan ouders die de cursus niet volgen? De hypothese is dat ouders die de Triple P training volgen meer risicokenmerken op kindermishandeling hebben dan ouders in de vergelijkingsgroep.

De tweede onderzoeksvraag luidt: (2) Staan ouders in de experimentele groep meer dan ouders in de vergelijkingsgroep, bloot aan 3 of meer risicofactoren? De hypothese is dat

er ouders in de experimentele groep meer blootstaan aan drie of meer risicofactoren dan ouders in de vergelijkingsgroep.

De derde onderzoeksvraag is: (3) Nemen deze risico's op kindermishandeling af bij ouders na het volgen van de Triple P training? Deze vraag zal worden beantwoord door drie deelvragen: (3.1) In welke mate treden er verschillen op tussen de voor- en nameting van de *experimentele groep*? Hypothese is dat er significante verschillen optreden tussen de voor- en nameting van de experimentele groep. Verwacht wordt dat de mate van stress, angst en depressie bij ouders afneemt, de disfunctionele opvoedingsstijlen afnemen, ouders meer competentiegevoel ervaren en de mate waarin het kindgedrag als problematisch wordt ervaren afneemt.

De tweede deelvraag is: (3.2) in welke mate treden er verschillen op tussen de voor- en nameting van de *vergelijkingsgroep*? De hypothese is dat er geen verschil is tussen de voor- en nameting bij de vergelijkingsgroep. Zij krijgen geen interventie en aannemelijk is dat zij hetzelfde scoren na 8-10 weken.

De derde deelvraag luidt: (3.3) In welke mate verschillen de experimentele en de vergelijkingsgroep in de nameting (na controle op achtergrondvariabelen en voormeting vergelijkingsgroep)? De hypothese is dat in de experimentele groep de mate van stress, angst en depressie afneemt, de disfunctionele opvoedingsstijlen afnemen, ouders meer competentiegevoel ervaren en de mate waarin het kindgedrag als problematisch wordt ervaren afneemt. In de vergelijkingsgroep wordt verwacht dat de resultaten op deze factoren hetzelfde blijven.

De laatste onderzoeksvraag (4) zal worden gesteld wanneer blijkt dat er in de experimentele groep en de vergelijkingsgroep voldoende risicogezinnen voorkomen en luidt: Nemen de risicokenmerken en daarmee het aantal risicogezinnen af na de Triple P training? De hypothese is dat de risicokenmerken én het aantal risicogezinnen afnemen in de experimentele groep en niet in de vergelijkingsgroep.

METHODE

Design

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel design, waarbij twee groepen (experimentele en vergelijkingsgroep) met elkaar vergeleken worden. Beide groepen

ouders hebben op twee momenten vragenlijsten ingevuld. Tussen de eerste meting (T0) en de tweede meting (T1) zat minimaal 8 weken tijd.

Procedure

De experimentele groep bestond uit ouders met kinderen in de leeftijd van 2-12, die in 2009 de Triple P training niveau 4 hebben afgerond bij de GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen Preventie. De training vond plaats in Gouda, Alphen aan den Rijn, Katwijk en Leiden. Deze ouders werden gevraagd bij aanvang en na afloop van de training vragenlijsten in te vullen. In totaal zijn er 16 trainingen gegeven, waarbij in iedere groep ten minste een van de twee trainers gecertificeerd was.

Om de resultaten te kunnen vergelijken met de normale populatie is er een vergelijkingsgroep gezocht van ouders met kinderen in de leeftijd van 2-12 jaar. Hiervoor zijn 28 basisscholen in de regio Utrecht telefonisch benaderd. Hiervan hebben acht scholen hun medewerking verleend, waarvan vier in Wijk bij Duurstede, twee in Houten, een in Doorn en een in Bunnik. In december hebben deze scholen in totaal 940 vragenlijsten aan ouders meegegeven. Bij de vragenlijst zat een begeleidende brief waarin het onderzoek werd toegelicht (zie bijlagen). De ouders die meededen aan het onderzoek is de mogelijkheid geboden om de uitkomst van de vragenlijst te bespreken. Daarnaast is een dinerbon t.w.v 50 euro verloot. Na acht weken hebben de ouders die meededen opnieuw de vragenlijst toegestuurd gekregen.

Participanten

Aan dit onderzoek deden 249 gezinnen mee in de eerste meting en 144 in de tweede meting. De onderzoeksgroep bestond uit een experimentele groep van 131 gezinnen en een vergelijkingsgroep van 118 gezinnen. Per gezin heeft één ouder de vragenlijsten ingevuld.

Experimentele groep. De experimentele groep bestond uit 131 gezinnen, met kinderen van 2-12 jaar, die in de periode van 2009- 2010 de Triple P training hebben gevolgd. Deze ouders hebben aan het begin van de training vragenlijsten ingevuld.

Onder deze 131 ouders bevonden zich 98 biologische of adoptief moeders (79 %), 2 pleegmoeders (2%), 23 biologische of adoptief vaders (18 %) en 1 stiefvader (1%). In de meeste gevallen (77%) betrof het een regulier gezin waarbij beide biologische of adoptief

ouders aanwezig waren. Bij 18 % van de gezinnen was sprake van een eenoudergezin en in 3% van een stiefgezin. 21% van de ouders heeft een laag opleidingsniveau (geen diploma, basisonderwijs of vmbo), bijna 40% een middelbaar opleidingsniveau (havo, mbo of vwo) en bijna 40% een hoog opleidingsniveau (hbo of universitair). Van 9 ouders (7%) is het opleidingsniveau niet bekend. De gemiddelde leeftijd van de kinderen waarvoor de vragenlijst is ingevuld was 5.96 jaar ($SD = 2.57$). Onder de kinderen bevonden zich 87 jongens (67%) en 43 meisjes (33%).

Vergelijkingsgroep: De vergelijkingsgroep bestond uit ouders uit de normale populatie met kinderen van 4-12 jaar die geen opvoedingsinterventie ontvangen. Van de 940 uitgedeelde vragenlijsten, hebben 123 ouders deze ingevuld. Dit was een respons van ruim 13%. Van de 123 ouders hebben 5 ouders geen toestemming gegeven voor het gebruik van de gegevens, waardoor zij niet zijn meegenomen in dit onderzoek. In totaal zijn 118 gezinnen meegenomen in het onderzoek. Hiervan bestond 86% uit de biologische of adoptief moeder, 13% uit de biologische of adoptief vader, 1% uit de stiefmoeder en 1% uit de pleegvader. De gezinssituatie was bij 92% van de gevallen een regulier gezin, 6% een eenoudergezin en 1% een stiefgezin. Van 12% van de ouders is het opleidingsniveau laag, 35% heeft een middelbaar opleidingsniveau en 53% is hoog opgeleid. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 8.55 jaar ($SD = 2.33$). Onder de kinderen bevonden zich 55 jongens (47%) en 63 meisjes (53%).

Meetinstrumenten

Gezinsachtergrond vragenlijst.

Om informatie over het gezin te verkrijgen is de gezinsachtergrond vragenlijst (Family Background Questionnaire) gebruikt. De vragenlijst bevat vragen over de leeftijd en sekse van het kind, de gezinssamenstelling, de burgerlijke staat van de ouders, de gezondheid van de ouders en de gezondheid van het kind, genoten opleiding en de werksituatie van de ouders.

Probleemgedrag van het kind.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de uitgebreide en in het Nederlands vertaalde versie van de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). In deze vragenlijst wordt ouders gevraagd naar het moeilijke en prosociale gedrag van hun kind. De vragenlijst bestaat uit 25 items die zijn

onderverdeeld in vijf schalen: emotionele symptomen schaal, schaal voor gedragsproblemen, hyperactiviteitschaal, schaal problemen met leeftijdsgenootjes en de prosociale schaal. Elke schaal heeft 5 onderdelen die beantwoord kunnen worden met *niet waar*, *enigszins waar* en *zeker waar*. De totaalscore wordt berekend door de schalen bij elkaar op te tellen, met uitzondering van de prosociale schaal (van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). Hoe hoger de score, hoe meer probleemgedrag het kind volgens de ouder vertoont. Er zijn klinische en grenswaarden vastgesteld, waaraan bepaald kan worden hoe ernstig het gedrag van het kind wordt ervaren (zie tabel 1). De interne validiteit en betrouwbaarheid van de SDQ is voldoende gebleken (Muris, Meesters, & Van den Berg, 2003; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003).

Tabel 1: Scoresleutel met betrekking tot ernst van het probleemgedrag

	Normaal	Grensgeval	Klinisch
Emotionele problemen	0-3	4	5-10
Gedragsproblemen	0-2	3	4-10
Hyperactiviteit	0-5	6	7-10
Problemen met leeftijdsgenoten	0-2	3	4-10
Prosociaal gedrag	6-10	5	0-4
Totale problemen	0-13	14-16	17-40

Opvoedingsstijl

Om te meten in welke mate ouders disfunctioneel opvoedgedrag vertonen, is gebruik gemaakt van de Parenting Scale (PS; Arnold, O’Leary, Wolff, & Acker, 1993). De vragenlijst bestaat uit 30 items die onderverdeeld zijn in de drie schalen: overreageren (autoritaire discipline, boosheid, gemeenheid en irritatie tonen), permissiviteit (toegeeflijke discipline) en breedsprakigheid (steun zoeken in praten en ‘preken’). De items hebben een 7-punt Likert schaal, waarbij links en rechts uiterste manieren staan om met een situatie om te gaan. Hoe hoger de score, hoe disfunctioneler het opvoedgedrag. Bij een score van 3.2 of hoger is sprake van een klinische score op disfunctioneel opvoedgedrag. Arnold et al., (1993) vonden voldoende interne consistentie voor permissiviteit ($\alpha = 0.83$), overreageren ($\alpha = 0.82$) en breedsprakigheid ($\alpha = 0.79$). Rhoades en O’Leary (2007) onderzochten de interne consistentie bij zowel moeders als vaders met kinderen tussen de 3 en de 7 jaar en vonden een α van respectievelijk 0.74 en 0.69 voor permissiviteit, 0.67 en 0.66 voor overreageren en 0.52 en 0.59 voor breedsprakigheid. In dit laatste onderzoek is de interne consistentie voor de schaal

breedsprakigheid onvoldoende. Daarom zal in het huidige onderzoek opnieuw de interne consistentie van de drie schalen beoordeeld worden.

Competentieschaal ouders

Competentiegevoel bij ouders wordt gemeten met de Parenting Sense of Competence Scale (PSoC), ontwikkeld door Gibaud-Wallston en Wandersman (1978). Deze vragenlijst bestaat uit 16 onderdelen die betrekking hebben op de gevoelens die ouders hebben over opvoeder zijn. De scoreschaal loopt van 1 (*sterk mee eens*) tot 6 (*sterk mee oneens*). Er worden twee schalen onderscheiden; de tevredenheidschaal en de zelfeffectiviteitsschaal. De tevredenheidschaal bevat 9 onderdelen, met punten als frustratie, motivatie en spanning. De zelfeffectiviteitsschaal bevat 7 onderdelen, met punten als vertrouwdheid met de rol als opvoeder, probleemoplossend vermogen en competentie. Hoe hoger de score, hoe competentere ouders zich voelen (Sanders, Turner, & Markie-Dadds, 2002). Johnston en Mash (1989) rapporteerden een goede interne consistentie bij de totale score ($\alpha = 0.79$), de tevredenheidsschaal ($\alpha = 0.75$) en de zelfeffectiviteitsschaal ($\alpha = 0.76$) bij ouders met kinderen tussen de 4 en de 9 jaar.

Depressie, angst en stress bij ouders

Om de negatieve emoties bij ouders te meten, wordt gebruik gemaakt van de Depressie, Angst, Stress Schaal (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Deze vragenlijst bestaat uit 42 items met een 4-punt Likert schaal. De subschalen depressie, angst en stress hebben ieder 14 items. Een hogere score geeft meer depressie, angst en/of stress aan (zie tabel 2). Lovibond en Lovibond (1995) hebben een interne consistentie aangetoond van $\alpha = 0.91$ voor depressie, $\alpha = 0.84$ voor angst en $\alpha = 0.90$ voor stress.

Tabel 2. Scoresleutel met betrekking tot depressie, angst en stress

	Normaal	Licht	Matig	Ernstig	Uiterst ernstig
Depressie	0-9	10-13	14-20	21-27	≥ 28
Angst	0-7	8-9	10-14	15-19	≥ 20
Stress	0-14	15-18	19-25	26-33	≥ 34

Data-analyse

De gegevens worden geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences). De eerste twee onderzoeksvragen worden beantwoord aan de hand van de eerste meetronde; de derde vraag wordt beantwoord aan de hand van de eerste en tweede meetrondes. Bij het vaststellen van de significantie wordt een alpha van 0.5 aangenomen. Voor aanvang van de onderzoeksanalyses is er een ‘missing values analyse’ uitgevoerd. Met deze analyse is nagegaan in hoeverre gezinnen met missende waarden verschilden van gezinnen zonder missende waarden. De onderzoeksdata zijn gereduceerd tot totaal- en schaalscores, behorende bij de meetinstrumenten. Per schaalscore mocht maximaal één item missen om meegenomen te worden in de analyses. Wanneer slechts één item misten, werd het gemiddelde genomen van de overige scores in die schaal. De interne consistentie van de schalen is in het huidige onderzoek opnieuw beoordeeld.

Om de verschillen in demografische gegevens in de onderzoeksgroepen na te gaan, zijn er allereerst beschrijvende analyses uitgevoerd met behulp van chi-kwadraat toetsen en t-toetsen. Bij het beantwoorden van onderzoeksvraag één, waarbij de experimentele groep en de vergelijkingsgroep worden vergeleken op risicokenmerken, is gebruik gemaakt van chi-kwadraat toetsen en de onafhankelijke t-toetsen. Hiermee zijn de totaal- en schaalscores van de voormeting van de experimentele en vergelijkingsgroep vergeleken op: de achtergrondkenmerken van het kind en gezin, het probleemgedrag bij het kind, de opvoedingsstijl van de ouder, het competentiegevoel van de ouder en de gevoelens van depressie en stress bij de ouder.

De tweede onderzoeksvraag betreft het onderscheiden van gezinnen met drie of meer risicokenmerken. Deze onderzoeksvraag is beantwoord door middel van het toekennen van een dummy codering van een 1 bij een hoge score op risicokenmerken en een 0 op een lage score. De risicocumulatie wordt bepaald door de optelling van de verschillende risico's. Wanneer een ouder boven een bepaalde risicoscore zit geeft de waarde 1 aan dat er cumulatierisico is. Bij drie of meer kenmerken is een gezin aangeduid als risicogezin.

Bij de eerste risicofactoren (1) depressie en (2) stress werd deze als risico aangenomen bij een score van ≥ 14 op depressie en ≥ 19 op stress. Het derde risicokenmerk is een autoritaire opvoedingsstijl (3). Deze werd in dit onderzoek toegewezen bij een klinische score van ≥ 3.2 op het overreageren. Een laag competentiegevoel (4) werd vastgesteld bij een klinische totaalscore van < 63 . De mate waarin het gedrag van het kind als problematisch wordt ervaren, werd vastgesteld als risico bij een klinische totaalscore van ≥ 17 .

Tevens zijn de achtergrondkenmerken voorzien van een dummy code waar er sprake was van een verhoogd risico. Bij opleidingsniveau (1) was dit punt vastgesteld bij Middelbaar Beroepsonderwijs of lager bij één van de ouders. Risico door het aantal kinderen in een gezin (2) was vastgesteld bij vier of meer kinderen. Alleenstaand zijn of gescheiden (3) is eveneens een risicokenmerk. Verder waren het hebben van enige vorm van hulpverlening bij ouders (5) en een slechte gezondheid of beperking bij kinderen (6) risicokenmerken. Als laatste werd de leeftijd van het kind bij vier jaar of jonger gekenmerkt als verhoogd risico.

De derde onderzoeksvraag betreft de afname van risicokenmerken na de Triple P training. Allereerst wordt de vraag in welke mate de voor- en nameting van de experimentele groep verschillen (3.1) beantwoord met gepaarde t-toetsen. Tevens werden de verschillen op de voor- en nameting van de vergelijkingsgroep (3.2) vergeleken met gepaarde t-toetsen. Als laatste (3.3) werden de nametingen van de experimentele groep en de vergelijkingsgroep vergeleken met de mixed between- within subjects analysis of variance (ANOVA).

RESULTATEN

De interne consistentie van de vragenlijsten is in dit onderzoek opnieuw beoordeeld. De vragenlijsten hebben een gemiddelde tot hoge interne consistentie op de totaalscores van het kindgedrag ($\alpha = .69$), de opvoedingsstijl ($\alpha = .76$), de competentie ($\alpha = .89$) en de depressie, angst en stress vragenlijst ($\alpha = .94$). De subschalen emotionele problemen ($\alpha = .74$), hyperactiviteit ($\alpha = .82$), prosociaal gedrag ($\alpha = .68$), overreageren ($\alpha = .81$), tevredenheid ($\alpha = .86$), effectiviteitgevoel ($\alpha = .77$), depressie ($\alpha = .90$) en stress ($\alpha = .91$) hebben een goede interne consistentie. Dit komt overeen met eerder onderzoek (Lovibond & Lovibond, 1995; Rhoades en O'Leary, 2007). De subschaal voor gedragsproblemen ($\alpha = .58$), problemen met leeftijdsgenoten ($\alpha = .59$), toegeeflijkheid ($\alpha = .59$) en breedsprakigheid ($\alpha = .47$) hebben een matige interne consistentie. De lage interne consistentie bij breedsprakigheid is in eerder onderzoek van Rhoades en O'Leary (2007) eveneens vastgesteld. De matige interne consistentie van de overige subschalen komt niet in eerder onderzoek naar voren.

1. Vergelijking van de experimentele groep en de vergelijkingsgroep op risicokenmerken

Allereerst is onderzocht of de ouders in de experimentele groep op basis van hun kenmerken meer risico lopen op kindermishandeling dan de ouders in de controlegroep. Uit chi-kwadraat toetsen en onafhankelijke t-toetsen op de demografische gegevens blijkt dat de groepen op een aantal kenmerken overeen kwamen, te weten: het aantal kinderen in een

gezin, de relatie tot het kind, de burgerlijke staat en het aantal werkuren van de ouders. De ouders verschillen ook niet significant wat betreft de hulpverlening bij de ouder of de gezondheid van het kind. Wel is er in de experimentele groep significant vaker sprake van enige vorm van hulpverlening bij de kinderen ($\chi^2(1) = 13.02; p < .01$). De ouders in de experimentele groep hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau dan ouders in de vergelijkingsgroep ($\chi^2(1) = 4.46; p < .05$). De experimentele groep en de vergelijkingsgroep verschillen ook significant wat betreft de sekse van het kind ($\chi^2(1) = 10.43; p < .01$); in de experimentele groep zitten meer jongens dan meisjes. De kinderen in de experimentele groep zijn daarnaast jonger ($M = 5.96; SD = 2.57$) dan in de vergelijkingsgroep ($M = 8.55; SD = 2.33$) ($t(246) = -8.29; p < .01$). Verder is er een significant verschil in de gezinssituatie, waarbij in de experimentele groep minder reguliere gezinnen en meer eenoudergezinnen voorkomen ($\chi^2(3) = 10.47; p < .05$) dan in de vergelijkingsgroep (Zie tabel 1 in bijlagen).

Met onafhankelijke t-toetsen is verder nagegaan of de beide groepen verschillen op kind- en oudergedrag die een risico vormen op kindermishandeling (zie tabel 2 in Bijlagen). Uit deze toetsen blijkt dat de ouders in de experimentele groep ($M = 20.64; SD = 5.00$) het probleemgedrag van hun kind hoger scoren ($t(231) = 7.95; p < .01$) dan de ouders in de vergelijkingsgroep ($M = 15.25; SD = 5.33$) met een effectscore van $d = 1.05$. Ook op alle schaalcores scoren de ouders in de experimentele groep het probleemgedrag van hun kind significant hoger. Uit de analyses naar de opvoedingsstijl van beide groepen ouders volgt dat de ouders in de experimentele groep significant meer disfunctionele opvoedingsstijlen hanteren. Dit blijkt zowel uit de totale score ($t(217) = 7.78; p < .01$) als de schaalcores op toegeven ($t(226) = 7.78; p < .01$), overreageren ($t(235) = 8.39; p < .01$) en breedsprakigheid ($t(230) = 3.03; p < .05$). Ouders in de experimentele groep ($M = 44.94; SD = 8.17$) voelen zich bij de voormeting competent ($t(218) = 8.84; p < .01$) dan de ouders in de vergelijkingsgroep ($M = 35.47; SD = 7.67$) met een effectgrootte van $d = 1.19$. De ouders uit de experimentele groep voelen zich zowel meer tevreden ($t(227) = 7.45; p < .01$) als meer effectief ($t(224) = 8.61; p < .01$) als ouder. Verder hebben de ouders in de experimentele groep ($M = 4.84; SD = 5.08$) significant meer last van depressieve gevoelens ($t(242) = 4.24; p < .01$) dan de ouders in de vergelijkingsgroep ($M = 2.37; SD = 3.89$) met een effectgrootte van $d = 0.54$. Ouders uit de experimentele groep ($M = 9.14; SD = 6.13$) rapporteerden ook significant meer stress ($t(236) =$

5.30; $p < .01$) dan ouders in de vergelijkingsgroep ($M = 5.22$; $SD = 5.19$) met een effectgrootte van $d = 0.69$.

2. *Vergelijking aantal risicogezinnen in de experimentele groep en de vergelijkingsgroep*

Uit de analyses van de vastgestelde risicokenmerken is gebleken dat de experimentele groep en de vergelijkingsgroep significant verschillen op het totale aantal risicokenmerken in het gezin ($\chi^2(1) = 39.59$; $p < .01$). In 82% ($n = 107$) van de gezinnen in de experimentele groep betrof het een gezin met drie of meer risicokenmerken tegenover 43% ($n = 51$) van de gezinnen in de vergelijkingsgroep. Na opdeling van de risicokenmerken in de risico's vanuit de demografische kenmerken en de risico's in het ouder- en kindgedrag blijkt dat de ouders in de experimentele groep zowel op de ouder kenmerken ($t(247) = 8.64$; $p < .01$) significant meer risicokenmerken hebben als in het ouder- en kindgedrag ($t(247) = 6.72$; $p < .01$) dan de ouders in de vergelijkingsgroep.

3.1 *Verschillen voor- en nameting experimentele groep*

Allereerst is nagegaan of er verschillen zijn in de experimentele groep tussen ouders die alleen bij aanvang van de training vragenlijsten hebben ingevuld en de ouders die ook na afloop de vragenlijsten hebben ingevuld. Van de 131 gezinnen in de experimentele groep hebben 81 ouders (62%) zowel de voor- als de nameting voldoende ingevuld. Vijftig ouders (38%) zijn afgevallen vanwege het niet of niet volledig genoeg invullen van de vragenlijsten. Tussen de experimentele groep en de uitvalgroep zijn geen significante verschillen in de demografische kenmerken en kind- en oudergedrag.

Met gepaarde t-toetsen is nagegaan of er verschillen zijn in het probleemgedrag van kinderen, opvoedingsstijl, competentiegevoel, depressie en stress. Het ervaren van probleemgedrag bij het kind is bij de tweede meting ($M = 18.9$; $SD = 5.30$) significant lager ($t(68) = 3.65$; $p < .01$) dan bij de voormeting ($M = 20.58$; $SD = 4.84$) met een effectgrootte van $d = 0.44$. De scores op de subschalen zijn eveneens lager in de nameting. Betreffende de disfunctionele opvoedingsvaardigheden is de totale score in de nameting ($M = 84.88$; $SD = 15.31$) significant afgenomen ($t(66) = 10.6$; $p < .01$) in vergelijking met de voormeting ($M = 103.9$; $SD = 14.0$) met een effectgrootte van $d = 1.29$. Ook de scores op de subschalen laksheid, overreageren en breedsprakigheid zijn significant afgenomen. Opvallend is dat het competentiegevoel van de ouders significant is afgenomen ($t(70) = 8.09$; $p < .01$) in de nameting ($M = 38.68$; $SD = 9.7$) in vergelijking met de voormeting ($M = 45.03$; $SD = 8.67$) met

een effectgrootte van $d= 0.96$. Het effectiviteitgevoel en tevredenheidgevoel bij de ouders zijn beiden ook significant afgenomen. De totaalscore op depressie, angst en stress is significant afgenomen ($t(65)= 5.12$; $p <.01$) met een effectgrootte van $d=0.63$. Op alle drie de subschalen depressie, angst en stress zijn de scores eveneens afgenomen.

3.2 Verschillen voor -en nameting vergelijkingsgroep

In totaal hebben 63 van de 118 ouders in de vergelijkingsgroep de tweede vragenlijsten ingevuld. Dit is een respons van 53.4 %. Tussen de vergelijkingsgroep en de uitvalgroep zijn geen significante verschillen gevonden in zowel de demografische gegevens als het kindgedrag, de opvoedingsstijl, het competentiegevoel en gevoelens van depressie, angst en stress.

Bij de vergelijking van de voor- en nameting van de vergelijkingsgroep in de totaal- en schaalcores van het kindgedrag, opvoedingsstijl, competentiegevoel en gevoelens van depressie, angst en stress zijn geen significante verschillen gevonden.

3.3 Vergelijking experimentele groep en vergelijkingsgroep op de nameting.

Met de mixed between-within subjects ANOVA's is nagegaan wat de verschillen zijn tussen de experimentele groep en de vergelijkingsgroep in de nameting. Uit de analyses komt naar voren dat er geen significant tijd x conditie effect is tussen de twee metingen en groepen op de totaalscore van het probleemgedrag van het kind $F(1, 127) = 2.86$; $p = .09$. Er is wel sprake van een trend die laat zien dat de experimentele groep minder probleemgedrag van het kind rapporteert in de nameting. Er was wel een significant tijd x conditie effect bij de totaalscore van de opvoedingsstijl, waarbij de ouders in de experimentele groep een significante afname van disfunctionele opvoedingsstijlen rapporteerden $F(1, 117) = 65.95$; $p <.01$ ($M=103.90$; $SD=14.03$, $M= 84.88$; $SD= 15.31$). Ook was er een significante afname van depressie, angst en stress gevoelens bij deze ouders $F(1, 123)= 16.84$; $p <.01$ ($M= 14.64$; $SD= 12.59$, $M= 9.11$; $SD= 8.96$). Ouders in de experimentele groep lieten verder een significante afname in het competentiegevoel zien $F(1, 124) = 30.56$; $p <.01$ ($M= 45.03$; $SD= 8.67$, $M= 38.68$; $SD= 9.72$). De subschalen van de opvoedingsstijl, competentiegevoel en somberheid en stress gevoelens zijn eveneens geanalyseerd op het interactie effect van tijd x conditie. Hieruit blijkt dat er in de experimentele groep een significante afname wordt gerapporteerd op overreageren $F(1, 129) = 41.60$; $p <.01$, toegeeflijkheid $F(1, 126) = 14.26$; $p <.01$, breedsprakigheid $F(1, 126) = 42.10$; $p <.01$, tevredenheid $F(1, 131) = 20.91$; $p <.01$,

effectiviteitgevoel $F(1, 127) = 27.57; p < .01$, depressie $F(1, 133) = 19.49; p < .05$ en stress $F(1, 129) = 9.02; p < .01$.

4. Effect van de Triple P training op risicogezinnen in beide groepen

Gekeken is naar de verschillen van de gezinnen met meer dan drie risicofactoren op de totaalscores van het probleemgedrag van het kind, de totaal- en schaalscores van de opvoedingsstijl, de totaalscore van het competentiegevoel en de totaal- en schaalscores van de depressie, angst en stress gevoelens. Er was een significant tijd x conditie interactie-effect voor de totale score van het probleemgedrag van het kind $F(1, 82) = 5.23; p < .05$. Ouders in de experimentele risicogroep rapporteerden een significante afname van probleemgedrag bij hun kind ($M = 21.32; SD = 4.50, M = 19.40; SD = 5.20$). Dit effect is ook aanwezig voor de opvoedingsstijl $F(1, 76) = 23.97; p < .01$. Disfunctionele opvoedingsvaardigheden namen significant af in de experimentele risicogroep ($M = 104.52; SD = 14.39, M = 85.59; SD = 15.82$). Ouders in de experimentele risicogroep rapporteerden een afname op overreageren $F(1, 84) = 11.51; p < .05$. Toegeeflijkheid is eveneens afgenomen in de experimentele groep $F(1, 83) = 5.32; p < .05$, net als breedsprakigheid $F(1, 84) = 23.09; p < .01$. Ouders in de experimentele risicogroep rapporteerden een significante afname van competentiegevoel $F(1, 83) = 15.78; p < .01$ ($M = 45.64; SD = 8.41, M = 39.15; SD = 9.74$). Ook de totale scores op depressie, angst en stress zijn significant afgenomen $F(1, 82) = 7.27; p < .01$, ($M = 15.25; SD = 12.68, M = 9.59; SD = 9.08$) evenals de scores op de subschalen depressie $F(1, 89) = 9.18; p < .01$ en stress $F(1, 86) = 4.29; p < .05$.

Verder is nagegaan of het aantal risicogezinnen in de experimentele groep na de Triple P training is afgenomen (zie tabel 3 in bijlagen). Met de chi-kwadraat toets zijn alleen de gezinnen meegenomen uit de experimentele groep die beide metingen hebben ingevuld ($n = 81$). Hieruit blijkt dat 70 gezinnen (86%) bij aanvang van de training tot een risicogezin behoorde. Na afloop van de training is dit gedaald naar 47 gezinnen (58%). Bij de vergelijkingsgroep ($n = 63$) is het aantal risicogezinnen licht gestegen van 23 gezinnen (37%) naar 26 gezinnen (41%).

DISCUSSIE

In het huidige onderzoek is nagegaan of ouders die deelnemen aan de Triple P training meer risicokenmerken hebben voor kindermishandeling dan ouders die geen opvoedingsondersteuning krijgen. Verder is gekeken of er meer risicogezinnen voor komen in

de groep die de Triple P training volgen dan in de vergelijkingsgroep. Als laatste is de effectiviteit van de Triple P training op de afname van deze risicofactoren bekeken.

Uit de resultaten is gebleken dat de eerste hypothese dat ouders in de experimentele groep meer risicokenmerken op kindermishandeling hebben dan de ouders uit de vergelijkingsgroep, kan worden aangenomen. Zo bestaat de experimentele groep uit meer eenoudergezinnen, hebben de ouders een lager opleidingsniveau, hebben de kinderen vaker contact met de hulpverlening, zijn de kinderen jonger, ervaren ouders het gedrag van hun kind als problematischer op alle gebieden, hanteren zij vaker een disfunctionele opvoedingsstijl, voelen zij zich minder competent en ervaren zij meer gevoelens van depressie en stress dan de ouders in de controlegroep.

Kijkend naar het cumulatierisico van drie of meer risicokenmerken bestaat de experimentele groep zoals verwacht uit meer risicogezinnen dan de vergelijkingsgroep. Opvallend is dat er in de groep ouders die de Triple P training volgen een zeer groot percentage (82%) drie of meer risicokenmerken op kindermishandeling hebben. De hypothese (2) dat ouders in de experimentele groep meer blootstaan aan drie of meer risico's dan ouders in de vergelijkingsgroep kan hierdoor worden aangenomen. Gezinnen die opvoedingsondersteuning nodig hebben lijken dus vaker en op meer punten kenmerken te hebben die het risico op kindermishandeling verhogen.

De hypothese (3.1) dat er verbeteringen optreden na de Triple P training in de experimentele groep is gedeeltelijk bevestigd. Ouders rapporteerden in de nameting significant minder probleemgedrag bij hun kind, minder disfunctionele opvoedingsvaardigheden en minder somberheid en stress gevoelens. Dit komt overeen met eerder onderzoek (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). In tegenstelling tot wat werd verwacht, is er geen toename in competentiegevoel gevonden, maar zelfs een significante afname. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat ouders die zich aanmelden voor de training de oorzaak van het probleemgedrag van hun kind bij het kind leggen. Het is mogelijk dat zij zichzelf overschatten en na de training een meer realistisch beeld van hun opvoedingsvaardigheden en eigen competentie hebben gekregen.

De hypothese (3.2) dat er geen verschillen optreden in de risico-indicatoren tussen de voor- en nameting bij de vergelijkingsgroep, kan worden aangenomen. Zoals verwacht rapporteerden de ouders geen significante verschillen. De derde hypothese (3.3) luidde dat de Triple P training effectief is op de afname van risicofactoren wordt gedeeltelijk bevestigd in dit onderzoek. De ouders rapporteerden een afname van probleemgedrag bij hun kind,

hanteerden minder disfunctionele opvoedingsstijlen en hadden minder last van depressie of stressgevoelens. Deze resultaten zijn ook in eerdere onderzoeken vastgesteld (De Graaf & Bohlmeijer, 2006; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). De verwachte toename in competentiegevoel is hier wederom niet gevonden.

Bij de laatste onderzoeksvraag (4) is nagegaan of het aantal risicokenmerken in de experimentele risicogroep en het aantal gezinnen met een cumulatierisico van drie of meer risicokenmerken zou afnemen na het volgen van de Triple P training. Deze hypothese kan worden aangenomen, aangezien de ouders het gedrag van hun kind als minder problematisch ervaren, zij minder vaak een disfunctionele opvoedingsstijl hanteren en minder last hebben van depressie en stressgevoelens. In de nameting bestaat de experimentele groep uit minder risicogezinnen dan in de voormeting, met een daling van bijna 30%.

Opvallend in het huidige onderzoek is dat de ouders die de Triple P training volgden een afname in competentiegevoel rapporteerden. Een belangrijke bevinding is dat er sprake is van een cumulatie van risicofactoren bij een groot aantal van de gezinnen in de groep die de Triple P training heeft gevolgd. Hoewel het risico op kindermishandeling moeilijk te meten is, duidt dit erop dat ouders die problemen ervaren met de opvoeding meer risicokenmerken hebben dan de groep ouders die geen opvoedingsondersteuning ontvangen. Na het volgen van de Triple P training nemen deze risicokenmerken in het kind- en oudergedrag significant af. Zo lijken zij een meer realistisch beeld te hebben verkregen betreffende het probleemgedrag van hun kind en hun eigen opvoedvaardigheden. Ouders rapporteren een afname van disfunctionele opvoedingsstijlen. Dit geeft dat zij hebben geleerd negatieve en dwingende opvoedingsstrategieën te vervangen door niet schadelijke strategieën. Tevens is de mate van stress en somberheidgevoelens afgenomen, wat meer sensitiviteit en responsiviteit tegenover het kind oplevert.

Beperkingen en aanbevelingen

Een eerste beperking in het huidige onderzoek is het feit dat er alleen gegevens zijn verkregen door middel van zelfrapportage van ouders. Alleen de zelfperceptie van ouders wordt hierin meegenomen en het risico bestaat daarbij op het sociaal wenselijk invullen van de ouder. Een aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook een aanvulling met observaties in de thuissituatie door onafhankelijke observatoren om het kind- en oudergedrag objectiever vast te stellen. Op deze manier kan ook eventueel risicogedrag op kindermishandeling vast worden gesteld. Verder is er geen gebruik gemaakt van een meetinstrument dat specifiek het

risico op kindermishandeling meet en die ook andere risicofactoren meeneemt zoals alcohol en drugsmisbruik en het verleden van de ouder.

Een andere beperking in dit onderzoek is het grote percentage van ouders dat uitviel bij de nameting in zowel de groep die de Triple P training volgden als de vergelijkingsgroep. Hoewel de onderzoeksgroepen en de uitvalgroepen niet significant verschilden bij de voormeting, is het mogelijk dat de uitkomst van het onderzoek anders zou zijn geweest als deze ouders de vervolgmeting wel hadden ingevuld. Onder de groep ouders die de Triple P training volgden in het huidige onderzoek waren veel gezinnen met drie of meer risicokenmerken. Van belang is te onderzoeken of het percentage risicogezinnen onder ouders die de Triple P training volgen in andere instellingen en regio's eveneens zo hoog is.

Een kanttekening is verder dat de vergelijkingsgroep geen precieze afspiegeling is van de normale populatie, wat de generaliseerbaarheid van het huidige onderzoek beperkt. Waar rekening mee gehouden moet worden is dat de ouders die meedoen aan een algemeen en vrijwillig onderzoek vaak ouders zijn met relatief weinig problemen, waardoor de kans op gemotiveerde en zorgeloze ouders hoog is. Daarnaast komen de ouders in de vergelijkingsgroep uit een andere regio dan de ouders die de Triple P training volgen, wat voor verschillen in persoonlijkheid en opvattingen kan zorgen. Verder bestond de groep die de Triple P training volgde uit meer jongens en de vergelijkingsgroep uit meer meisjes. Dit kan invloed hebben gehad op het ervaren van het probleemgedrag, vanwege het vaak meer externaliserende gedrag bij jongens. Opvallend was ook dat in de groep die de Triple P training volgden gemiddeld jongere kinderen zaten dan in de vergelijkingsgroep. Dit lijkt erop te duiden dat ouders vrij snel hulp inschakelen bij de opvoeding wanneer zij problemen ondervinden. Dit is een positieve ontwikkeling, die aangeeft dat de Triple P oudertraining laagdrempelig en toegankelijk is. Door deze snelle toetreding in de hulpverlening kunnen veel problemen in de toekomst worden voorkomen.

Hoewel het daadwerkelijke risico op kindermishandeling moeilijk te meten is, laat het huidige onderzoek zien dat de Triple P training effectief is op de afname van de vooraf vastgestelde risicokenmerken in kind- en oudergedrag op kindermishandeling. Ondanks dat ouders die de Triple P training volgden significant meer risico's in de ouderkenmerken blijven houden, is het aantal gezinnen dat als risicogezin kan worden aangeduid na het volgen van de Triple P training gedaald. De Triple P training lijkt dus al met al een goede stap te zijn in de preventie tegen kindermishandeling.

Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om een gerandomiseerd experimenteel follow-up onderzoek te doen met risicogezinnen om te zien of ouders die de Triple P training hebben gevolgd zich anders ontwikkelen betreffende (risico op) kindermishandeling. Nagegaan moet worden of er bij deze gezinnen, zoals in het onderzoek van Prinz et al., (2009), minder kindermishandeling, minder uithuisplaatsingen en minder verwondingen worden geregistreerd op lange termijn in vergelijking met gezinnen die geen of een ander soort van hulpverlening ontvangen. Verder onderzoek zal moeten bevestigen of de Triple P training daadwerkelijk de kans op kindermishandeling verminderd.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess if parents who participated in the Triple P training level 4 (2-12), had more risk-characteristics on child abuse than parents in the normal population. Second, this paper examines how many families are exposed to three or more risk-characteristics and can therefore be indicated as high-risk families. Finally, the effectiveness of Triple P group training on the risk-characteristics in the child – and parental behavior was evaluated. The sample consisted of 131 parents who participated in the Triple P training and a comparison group of 118 parents with children in the age of 4-12. Both groups answered questionnaires at two moments (SDQ, PS, PSoC and DASS). Results revealed that the parents who participated in the Triple P training showed more risk-characteristics than the parents in the comparison group. Simultaneously, there are significantly more families who have more than three risk-characteristics in the Triple P group (82%), compared with the non-treated group (43%). Triple P training shows to be partially effective in the diminishment of risk-characteristics in child- en parental behavior. Parents reported significantly lower rates of child's misbehavior, significant diminishment of dysfunctional parenting skills and a decrease in stressors related to parenting. However, no increase in parental competence was found.

LITERATUURLIJST

- Aniol, K., Mullins, L. L., Page, M. C., Boyd, M. L., & Chaney, M. J. (2004). The relationship between respite care and child abuse potential in parents of children with developmental disabilities: a preliminary report. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 3*, 273-285.
- Arnold, d. S., O'Leary, S, G, O., Wolff, L, S., & Acker, M.M. (1993). The parenting scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*, 137-144.
- Barth, R. P. (2009). Parenting child abuse and neglect with parenting training: evidence and opportunities. *The Future of Children, 2*, 95-118.
- Berger, M., I. ten Berge & E. Geurts (2004). Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. Utrecht, NIZW.
- Besinger, B., Garland, A. F., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (1999). Caregiver substance abuse among maltreated children placed in out-of-home care. *Child Welfare, 78*, 221–239.
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M, R. (2008). The efficacy of the Triple P positive parenting program in improving parenting and child behaviour: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 411-427.
- Bor, W., Sanders, M, R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effect of Triple P- positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 571-587.
- Geurts, E. & Bakker, H. (2007). *Meld- en hulptrajecten voor de getuigen van huiselijk geweld inventarisatie en onderbouwing*. Utrecht: NIZM.
- Giboud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1987). *Development and utility of the parenting sense of competence scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Graaf, I, de & Bolmeijer, E. (2006). Triple P: proefimplementatie van een programma voor opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen TSG, 8*, 488-493.
- Graaf, I, de., Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M, de., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of

- the Triple P positive parenting program on behavioural problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 714-735.
- Grietens, H., De haene, L., & Uyttebroek, K. (2007). Cross-cultural validation of the child abuse potential inventory in Belgium (Flanders): relations with demographic characteristics and parenting problems. *Journal of Family Violence*, 22, 223-229.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2, 167-175.
- Hakman, M., Chaffin, M., Funderburk, B., & Silovsky, J. F. (2009). Change trajectories for parent-child interaction sequences during parent-child interaction therapy for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33, 461-470.
- Holden, E. W., & Banez, G. A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating family. *Journal of Family Violence*, 11, 1-12.
- Kaufman, J. & Cicchetti, D. 1989. Effects of maltreatment on school-age children's socio-emotional development: assessment in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516-524.
- Kim, J. (2009). Type specific intergenerational transmission of neglectful and physically abusive parenting behaviors among young parents. *Children and Youth Services Review*, 31, 761-767.
- Kolko, D. J (1992). Characteristics of child victims of physical violence: research findings and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 244-276.
- Kolko, D. J., Kazdin, A. E., Thomas, A. M., & Day, B. (1993). Heightened child physical abuse potential. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 169-192.
- Kooijman, K. (2000). Kindermishandeling kost te veel: Het financiële voordeel van preventie. *VKM Magazine*, 14 (3),12-13.
- Kooijman, K. & Wolzak, A. (2004). *Verkennde studie preventie kindermishandeling*. Utrecht, NIZW Jeugd.
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: parents reports of children's coping, emotional and behavioural problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 3, 312- 324.
- Lau, A. S., Valeri, A. S., McCarthy, C. A., & Weisz, J. R. (2006). Abusive parents' reports of child behavior problems: Relationship to observed parent-child interactions. *Child Abuse and Neglect*, 30, 639-655.

- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-342.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 227-238.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A, L., Forehand, R., Massari, ... , Zens, M, S. (2007). Harsh discipline and child problem behaviours: the roles of positive parenting and gender. *Journal of Family Violence*, 22, 187-196.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 313-319.
- Merritt, D. H. (2009). Child abuse potential: Correlates with child maltreatment rates and structural measures of neighborhoods. *Children and Youth Services Review*, 31, 927-934.
- Muris, P., Meesters, C., & Berg, F, van den. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P- positive parenting program using hierarchical linear modelling: effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Review*, 11, 114-144.
- Osofsky, J. D. 1995. The effects of exposure to violence on young children. *American Psychology*, 50. 782-788.
- Patterson, G, R., DeGarmo, D., & Forgatch, M, S. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621-633.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10, 1-12.
- Rhoades. K, A., & Leary, S, G. (2007). Factor structure and validity of the parenting scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2, 137-146.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., & Aber, J. L. (1995). The role of child maltreatment in early

- deviation in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Developmental Psychopathology*, 7, 591-609.
- Rossman, B. B., R., & Rea, J. G. (2005). The relationship of parenting styles and inconsistencies to adaptive functioning for children in conflictual and violent families. *Journal of Family Violence*, 5, 261-277.
- Runyon, M. K., Deblinger, E. & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcome of combined parent-child cognitive -behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 101-118. Sanders, M. R., Turner, K. M., T., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P-positive parenting program: a multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3, 173-189.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, D., & Young, R. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P – Positive Parenting program with parents at-risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35, 513-535.
- Schellenbach, C. J., Monroe, L. D., & Merluzzi, T. V. (1991). The impact of stress on cognitive components of child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 6, 61- 80.
- Sheppard, M. (2003). The significance of past abuse to current intervention strategies with depressed mothers in child and family care. *British Journal of Social Work*, 33, 769-786.
- Sedlack, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). Third national incidence study of child abuse and neglect: Final report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Seng, A.C., & Prinz, R. J. (2008). Parents who abuse: what are they thinking? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 163-175.
- Silver, E. J., Heneghan, A. M., Bauman, L. J., & Stein, R. E. K. (2006). The relationship of depressive symptoms to parenting competence and social support in inner-city mothers of young children. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 105-112.
- Speetjens, P., Graaf, I. de., & Blokland, G. (2007). Het fundament van Triple P. Theoretische onderbouwing en onderzoek. *JeugdenCo*, 2, 6-18.
- Stagner, M. & W., Lansing, J. (2009). Progress toward a prevention perspective. *The Future of Children*, 2, 19-38.

- Stemmler, M., Beelmann, A., Jaursch, S., & Losel, F. (2007). Improving parenting practices in order to prevent child behaviour problems: a study on parent training as part of the EFFEKT program. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 210, 563-570.
- Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., & Lengua, L. J. (2000). Parenting practices and child disruptive behaviour problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 17-29.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediation role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P- positive parenting program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- Turner, K. T., & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the triple P-positive parenting program system approach. *Aggression and Violent Behaviour*, 11, 176-193.
- Widenfelt, B. M. van, Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Widom, C. S. (2000). Childhood victimization: early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal*, 242, 2-9.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 32, 785-796.
- IJzendoorn, M.H. van, P. Prinzie, E.M. Euser, M.G. Groeneveld, S.N. Brilleslijper-Kater, A.M.T. Van Noort- van der Linden, ... , M. San Martin Beuk (2007). *'Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)'*. Leiden, Universiteit Leiden.

BIJLAGEN



Universiteit Utrecht

Geachte ouder(s),

Vanuit de Universiteit Utrecht is in samenwerking met de GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen een onderzoek gestart naar opvoeding. Doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de ervaringen en problemen van ouders bij de opvoeding. Met deze gegevens hopen wij ouders in de toekomst nog beter te kunnen ondersteunen. Bent u een ouder met een kind in de leeftijd van 2-12 jaar, dan willen wij u graag uitnodigen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken, willen wij graag zoveel mogelijk ouders bereiken. We hebben hiervoor verschillende scholen benaderd en de school van uw kind heeft toestemming verleend aan het onderzoek. Voor dit onderzoek vragen wij u de vragenlijsten in te vullen. De vragen gaan over het gedrag van uw kind en over de opvoeding. Het invullen van de vragenlijsten zal ongeveer 20 minuten duren. Het invullen van de vragenlijsten is geheel vrijwillig. Eventuele deelname aan het onderzoek wordt niet gecommuniceerd naar school. De vragenlijsten worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt. Wanneer u meerdere kinderen op school heeft, vult u het dan over uw oudste kind in.

Daarnaast willen wij u vragen de vragenlijsten na 8-10 weken nogmaals in te vullen. De vragenlijsten zullen dan naar u toe worden gestuurd. U kunt op elk moment besluiten dat u niet meer wilt deelnemen aan het onderzoek. Onder de ouders die beide momenten de vragenlijsten hebben ingevuld, verloten wij een dinerbon t.w.v 50 euro. Wij bieden daarnaast de mogelijkheid om de uitkomst van de vragenlijsten teruggekoppeld te krijgen door een opvoeddeskundige.

Wij hopen dat u mee wilt werken aan het onderzoek en de vragenlijsten voor ons wilt invullen. Deze vragenlijsten kunt u inleveren in de daarvoor bestemde doos op school, dit kan tot 22 januari 2010.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Eva van der Zee (Universiteit Utrecht)

Iris van Breukelen (GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen)

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Eva van der Zee (e.vanderzee@ggzkinderenenjeugd.nl)

Tabel 1. **Vergelijking demografische gegevens experimentele en vergelijkingsgroep**

Variabelen	Experimentele groep		Vergelijkingsgroep		Chi ²	p
	n	%	n	%		
Sekse van het kind					10.43	.001
Jongen	87	66.9	55	46.6		
Meisje	43	33.1	63	53.4		
Relatie tot het kind					6.59 ^b	.253
Moeder	98	79.0	101	85.6		
Vader	23	18.5	15	12.6		
Burgerlijke staat					7.79 ^b	.168
Gehuwd	84	68.9	94	80.3		
Geregistreerd partnerschap	7	5.7	6	5.1		
Ongehuwd	13	10.7	9	7.7		
Gescheiden	16	13.1	7	6.0		
Samenwonend	2	1.6	0	0.0		
Weduwnaar	0	0.0	1	0.9		
Gezinssituatie					0.47 ^b	.015
Regulier gezin	94	77	108	91.5		
Stiefgezin	4	3.3	1	.8		
Eenoudergezin	22	18	7	5.9		
Opleidingsniveau					4.46	.035
Laag	78	60.0	55	63		
Hoog	52	40.0	46.6	53.4		
Kind in hulpverlening					13.02	.00
Wel	27	20.6	6	5.1		
Niet	104	79.4	112	94.9		
T-toets						
Variabelen	M	SD	M	SD	t (df)	p
Leeftijd van het kind	5.96	2.57	8.55	2.33	-8.29(11)	.000
Aantal kinderen in gezin	2.18	.84	2.24	.72	-.54(247)	.589
Aantal werkuren ouders	62.05	15.18	60.79	11.73	.614(167)	.540

Noot: Chi²= chi-kwadraat-toets

b: Eén of meerdere cellen hebben een waarde kleiner dan 5

$p < .05$

Tabel 2. **Vergelijking scores voormeting experimentele groep en vergelijkingsgroep op kindgedrag (SDQ), opvoedingsstijl (PS), competentiegevoel (PSOC) en gevoelens van depressie, angst en stress (DASS).**

	<i>Experimentele groep</i>		<i>Vergelijkingsgroep</i>		<i>T-waarde</i>	
	<i>(n= 131)</i>		<i>(n=118)</i>		<i>t(df)</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Vragenlijst						
Kindgedrag						
Totaalscore	20.64	5.00	15.25	5.33	7.95 (231)	.000
Emotionele problemen	2.99	2.49	1.89	2.17	3.63 (242)	.000
Gedragsproblemen	2.92	1.69	.93	1.34	10.11 (240)	.000
Hyperactiviteitproblemen	5.47	2.78	2.97	2.72	7.10 (242)	.000
Problemen met	2.29	1.97	1.27	1.57	4.41 (241)	.000
Leeftijdsgenoten						
Prosociaal gedrag	6.91	1.93	8.26	1.72	-5.79 (242)	.000
Impactscore	12.91	3.96	10.22	3.89	3.91 (142)	.000
Opvoedingsstijl						
Totale score	104.22	13.85	90.62	11.74	7.78 (217)	.000
Laksheid/toegeven	34.10	6.33	30.77	5.14	4.31 (226)	.000
Overreageren	35.74	7.99	27.50	6.98	8.39(235)	.000
Verbaliseren	25.64	5.15	23.66	4.72	3.03 (230)	.003
Competentiegevoel						
Totaalscore	44.94	8.17	35.47	7.67	8.84(218)	.000
Tevredenheid	23.56	5.67	18.11	5.35	7.45(227)	.000
Effectiviteit	21.88	4.20	17.34	3.63	8.61(224)	.000
Depressie/angst/stress						
Totaalscore	15.45	12.05	8.34	8.75	5.21(232)	.000
Depressie	4.84	5.08	2.37	3.89	4.24(242)	.000
Angst	2.06	3.21	.98	1.74	3.22(242)	.001
Stress	9.14	6.13	5.22	5.19	5.30(236)	.000

$p < .05$

Tabel 3. Aantal risicokenmerken voor- en nameting van de risicogezinnen in de experimentele en vergelijkingsgroep op de kindgedrag (SDQ), opvoedingsstijl (PS), competentiegevoel (PSOC) en gevoelens van depressie, angst en stress (DASS).

	Experimentele groep				Vergelijkingsgroep			
	T0 (n=131)		T1 (n=81)		T0 (n=118)		T1(63)	
	n	%	n	%	n	%	n	
%								
Kindgedrag								
Totaalscore > 70	89	68%	46	63%	36	31%	13	22%
Opvoedingsstijl								
Overreageren > 3.1	87	66%	21	266%	32	27%	11	18%
Competentiegevoel								
Totaalscore < 63	114	98%	76	98%	104	88%	58	99%
Depressie/angst/stress								
Depressie >14	10	7%	2	2%	4	3%	2	3%
Stress >19	8	6%	1	1%	2	2%	2	3%
Gem. aantal risico's	3.9		3.6		2.4		2.5	
Meer dan drie risicokenmerken	107	82%	47	36%	51	43%	23	20%