

Bachelorthesis

Kwaliteit van leven en psychopathologie van kinderen binnen multi-probleem gezinnen: verschillen met algemeen Nederlandse gezinnen



Universiteit Utrecht

Student: Eline Kres

Studentnummer: 3111466

Datum: 29 juni 2010

Begeleider: D. Bodden

2^{de} Beoordelaar: M. Verhoeven

Abstract

Because of a lack in knowledge about the characteristics of multi-problem families it is hard to identify these families. Aspects that could be present in children of multi-problem families are a low quality of life and psychopathology. The purpose of this study is to find out what the difference is between children of multi-problem families and children of general Dutch families in quality of life and psychopathology and how these two aspects are connected. 165 Families (70 multi-problem families and 95 general Dutch families) filled in a questionnaire, including the KIDSCREEN, the Youth Self Report (YSR) and the Child Behavior Checklist (CBCL). Results show that children of multi-problem families scored significantly lower on quality of life and higher on psychopathology (assessed by the child) than children from general Dutch families. There is a correlation between quality of life and psychopathology of the child assessed by the child. The results highlight the importance of including low quality of life and psychopathology of the child as characteristics of multi-problem families.

Inleiding

In Nederland is er steeds meer aandacht voor multi-probleem gezinnen. Er is weinig onderzoek gedaan naar hoeveel multi-probleem gezinnen er zijn in Nederland, maar uit onderzoek in de regio Amsterdam is gebleken dat minstens drie procent van de gezinnen met een kind tussen nul en vier jaar oud onder deze gezinnen valt. Binnen de jeugdzorg ligt het percentage multi-probleem gezinnen rond twaalf procent (Ince, 2008). Een probleem bij het identificeren van multi-probleem gezinnen is het gebrek aan kennis over de precieze karakteristieken van deze gezinnen. Sackin en Raffe (1976) hebben multi-probleem gezinnen gedefinieerd als gezinnen die gekenmerkt worden door verwarring en verstoring, wat elk aspect van de levens van de gezinsleden beïnvloedt. Er zijn psychische problemen, constante spanningen binnen het gezin, alcohol- en/of drugsproblemen en problemen met behandelaars aanwezig. Omdat er geen eenduidige definitie en geen lijst met karakteristieken aanwezig zijn waarop deze gezinnen geïdentificeerd kunnen worden, kan het percentage multi-probleem gezinnen hoger liggen dan uit onderzoek naar voren is gekomen. Een duidelijk beeld over multi-probleem gezinnen en een beschrijving van de karakteristieken kan eerdere identificatie mogelijk maken, waardoor deze gezinnen eerder hulp kunnen ontvangen bij de problemen die zij ondervinden. In dit onderzoek wordt gekeken naar twee kenmerken, namelijk psychopathologie en kwaliteit van leven van het kind.

Kwaliteit van leven is de eigen perceptie van fysieke, emotionele en gedragscomponenten van het welbevinden en functioneren. Het is de perceptie over de eigen positie in het leven in de context van cultuur en waardesystemen waarin iemand leeft. Dit staat in relatie met eigen doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen (Ravens-Sieberer et al., 2001). Aspecten die de kwaliteit van leven bepalen bij kinderen zijn volgens Bisegger, Cloetta, Von Rueden, Abel en Ravens-Sieberer (2005) fysiek welbevinden, psychologisch welbevinden, stemming en emoties, zelfperceptie, autonomie, ouderlijke relaties en thuissituatie, vrienden en sociale steun, schoolomgeving, sociale acceptatie en financiële bronnen. Wanneer een kind zich goed voelt op al deze gebieden, zal hij een hoog niveau van kwaliteit van leven hebben.

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen uit risicogezinnen afwijken op kwaliteit van leven vergeleken met een theoretisch ideaal (Davidson-Arad, 2005). De kinderen uit deze risicogezinnen hebben een lagere kwaliteit van leven. Wanneer specifieker gekeken wordt naar de factoren die een invloed hebben op de kwaliteit van leven, blijkt uit dit onderzoek dat sociaal economische status een directe invloed heeft op kwaliteit van leven; hoe lager de SES, des te lager de kwaliteit van leven bij kinderen (Von Rueden, Gosh, Rajmil, Bisegger & Ravens-Sieberer, 2006; Ravens-Sieberer, Erhart, Wille & Bullinger, 2008; Drukker, Kaplan, Feron & Os, 2003). Sociaal kapitaal (hulpmiddelen die aanwezig zijn door middel van sociale netwerken) en sociale controle zijn hierbij ook van

belang, doordat deze binnen een laag SES vaak ook laag zijn en juist kwaliteit van leven kunnen verhogen. Een laag SES, weinig sociaal kapitaal en een gebrek aan sociale controle zijn bij multi-probleem gezinnen veelal aanwezig, wat risicofactoren zijn die kwaliteit van leven negatief beïnvloeden.

Kwaliteit van leven hangt niet alleen samen met de omstandigheden binnen het gezin, maar ook met psychopathologie. Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont en De Vries (2006) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen kwaliteit van leven en psychopathologie bij volwassenen, waaruit is gebleken dat kwaliteit van leven lager is bij de aanwezigheid van psychopathologie. Ook de ernst van de psychopathologie is gerelateerd aan de kwaliteit van leven. Wanneer iemand meerdere psychische stoornissen heeft, zal hij een lagere kwaliteit van leven hebben dan iemand die slechts één psychische stoornis heeft. Er is echter niet bekend of de psychopathologie, de oorzaak voor een lagere kwaliteit van leven is of het gevolg hiervan (Masthoff et al., 2006).

In onderzoek van Bastiaansen, Koot en Ferdinand (2005a) is gekeken naar de relatie tussen psychische problemen en de kwaliteit van leven bij kinderen, waaruit is gebleken dat een hoge mate van psychopathologie samenhangt met een laag niveau van kwaliteit van leven. Volgens dit onderzoek heeft ook SES invloed op kwaliteit van leven via psychopathologie, waarbij er een sterkere samenhang bestaat tussen psychopathologie en kwaliteit van leven bij gezinnen met een lage SES dan bij gezinnen met een hogere SES. Daarnaast versterken een gebrek aan sociale steun, problemen in het gezinsfunctioneren en stressvolle levensgebeurtenissen de samenhang tussen psychopathologie en een verlaagde kwaliteit van leven van het kind nog meer. De genoemde aspecten zijn vaak aanwezig bij multi-probleem gezinnen. Ook psychopathologie van de moeder is van invloed op de kwaliteit van leven van het kind doordat het de verschillende aspecten van kwaliteit van leven beïnvloedt. Moederlijke psychopathologie heeft een negatieve invloed op de opvoedingsstijl, wat zijn weerslag heeft op alle eerder genoemde aspecten die kwaliteit van leven bepalen (Bisegger et al., 2005).

Kwaliteit van leven van kinderen is een belangrijk aspect wat onderzocht dient te worden bij multi-probleem gezinnen. Opgroeien binnen een risicogezin en psychopathologie hebben een negatieve invloed op kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven kan één van de karakteristieken zijn die verschillen aantonen tussen multi-probleem gezinnen en gezinnen uit de algemeen Nederlandse bevolking. Dit artikel heeft als doel om de verschillen tussen deze twee vormen van gezinnen te bekijken op het gebied van kwaliteit van leven en psychopathologie. Hierbij is de onderzoeksvraag wat het verschil is tussen multi-probleem gezinnen en algemeen Nederlandse gezinnen in kwaliteit van leven en psychopathologie van het kind. De hypothesen die in dit onderzoek

als uitgangspunt dienen, zijn: 1. Er is een lagere kwaliteit van leven aanwezig in multi-probleem gezinnen vergeleken met gezinnen uit de algemeen Nederlandse bevolking, 2. Er is meer psychopathologie bij het kind aanwezig in multi-probleem gezinnen vergeleken met gezinnen uit de algemeen Nederlandse bevolking en 3. Er is een samenhang te vinden tussen kwaliteit van leven en psychopathologie bij het kind.

Methoden

Populatie

Aan dit onderzoek hebben 70 multi-probleem gezinnen en 95 gezinnen uit de algemene Nederlandse bevolking deelgenomen. De multi-probleem gezinnen (de onderzoeksgroep) bestaan uit 62 moeders, 12 vaders en 70 kinderen (35 jongens en 35 meisjes). De gemiddelde leeftijd van de moeders is 40.03 ($sd = 5.44$), van de vaders 49.70 ($sd = 8.04$) en van de kinderen 13.01 ($sd = 2.77$) jaar. Van de 70 kinderen volgt 31.9% het basisonderwijs, 2.9% onderwijs voor (zeer) moeilijk opvoedbare kinderen, 8.7% voortgezet speciaal onderwijs, 29.0% voortgezet middelbaar beroepsonderwijs, 5.9% middelbaar beroepsonderwijs, 11.6% hoger algemeen voortgezet onderwijs, 4.3% voortgezet wetenschappelijk onderwijs en 5.8% ander onderwijs. Van de 74 ouders heeft 1.4% minder dan de basisschool, 5.8% de basisschool, 23.2% lager beroepsonderwijs, 23.2% middelbaar voortgezet onderwijs, 10.1% hoger voortgezet onderwijs, 29.0% middelbaar beroepsonderwijs, 4.3% hoger beroepsonderwijs en 2.9% wetenschappelijk onderwijs afgerond.

De algemeen Nederlandse gezinnen (de controlegroep) bestaan uit 91 moeders, 45 vaders en 95 kinderen (38 jongens en 57 meisjes). De gemiddelde leeftijd van de moeders is 44.03 ($sd = 7.16$), van de vaders 46.81 ($sd = 5.59$) en van de kinderen 13.53 ($sd = 3.12$) jaar. Van de 95 kinderen volgt 34.7% het basisonderwijs, 1.1% lager beroepsonderwijs, 4.2% voortgezet speciaal onderwijs, 16.8% voortgezet middelbaar beroepsonderwijs, 12.6% middelbaar beroepsonderwijs, 9.5% hoger algemeen voortgezet onderwijs, 15.8% voortgezet wetenschappelijk onderwijs en 5.3% ander onderwijs. Van de 74 ouders heeft 9.5% lager beroepsonderwijs, 12.6% middelbaar voortgezet onderwijs, 14.7% hoger voortgezet onderwijs, 21.1% middelbaar beroepsonderwijs, 31.6% hoger beroepsonderwijs, 9.5% wetenschappelijk onderwijs en 1.1% ander onderwijs afgerond.

Meetinstrumenten

Kwaliteit van leven wordt in dit onderzoek gemeten met behulp van de vragenlijst KIDSCREEN die ingevuld wordt door kinderen vanaf acht jaar oud (Ravens-Sieberer et al., 2001). In de opgestelde vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt is, is de korte versie van de KIDSCREEN verwerkt, welke bestaat uit 27 items verdeeld over de dimensies lichamelijke activiteiten en gezondheid, gevoelens, familie en vrije tijd, vrienden en

school en leren. Er wordt gescoord op een vijfpuntsschaal, waarbij de categorieën bij de meeste items "helemaal niet", "bijna niet", "gemiddeld", "nogal" en "helemaal" zijn. Bij de overige items zijn de categorieën "nooit", "bijna nooit", "soms", "redelijk vaak" en "vaak". Door de scores op deze dimensies samen te voegen wordt een beeld geschetst van de kwaliteit van leven. Hoe hoger de totale score is, hoe beter de kwaliteit van leven wordt geschat (Ravens-Sieberer et al., 2001). Volgens de KIDSCREEN Group (2004) is de vragenlijst valide en betrouwbaar. De korte versie van de KIDSCREEN heeft op alle vijf dimensies een test-hertest betrouwbaarheid boven .70. De interne betrouwbaarheid is .75 (The KIDSCREEN Group, 2004).

Voor het meten van psychopathologie bij het kind is er gebruik gemaakt van de de Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2000). De YSR kan ingevuld worden door kinderen van elf tot achttien jaar oud. De vragenlijst bevat acht syndroomschalen, namelijk teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertrekend gedrag en agressief gedrag. Er zijn scores voor een competentieschaal en een totale probleemscore te berekenen en er kunnen scores berekend worden voor zes DSM-IV-schalen: affectieve problemen, angstproblemen, lichamelijke problemen, aandachtstekort-hyperactiviteitsproblemen, oppositioneel-opstandige problemen en gedragsproblemen. In dit onderzoek zijn 69 items gebruikt waarbij antwoord wordt gegeven door middel van een driepuntsschaal ('helemaal niet', 'een beetje of soms' en 'duidelijk of vaak'). Wanneer een kind hoog scoort op de items, houdt dit in dat hij of zij een hoge score heeft op psychische problemen. De YSR heeft een interne betrouwbaarheid voor de competentieschaal boven .55, voor de totale probleemscore boven .71 en voor de DSM-IV schalen boven .67. De test-hertest betrouwbaarheid is .88 voor de competentieschaal, .82 voor de totale probleemscore en boven .79 voor de DSM-IV schalen. De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld (Achenbach & Rescorla, 2000).

De Child Behavior Checklist wordt ook gebruikt om psychopathologie van het kind te meten, maar dan door rapportage van de ouder(s). Het bevat dezelfde syndroomschalen en subschalen als de YSR. De CBCL bestaat uit 120 items waarvan er 74 gebruikt zijn in dit onderzoek. Er zijn dezelfde drie antwoordcategorieën als bij de YSR, namelijk 'helemaal niet', 'een beetje of soms' en 'duidelijk of vaak'. Een hoge score op de items staat gelijk aan hoge scores op psychische problemen beoordeeld door de ouder(s). De CBCL heeft een interne betrouwbaarheid boven .63 voor de competentieschaal, boven .78 voor de totale probleemscore en boven .72 voor de DSM-IV schalen. Daarnaast is de test-hertest betrouwbaarheid .90. De criteriumvaliditeit is goed bevonden (Achenbach & Rescorla, 2000).

Procedure

De data van de onderzoeksgroep (multi-probleem gezinnen) zijn verkregen door data te gebruiken van de voormeting van een onderzoek naar de effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp. Deze gezinnen waren aangemeld bij Bureau Jeugdzorg Zeeland of Flevoland en zijn benaderd voor het onderzoek naar de effectiviteit van deze vorm van thuis hulp. De multi-probleem gezinnen zijn geselecteerd op basis van verschillende inclusiecriteria; het gezin is een multi-probleem gezin, de leeftijd van de kinderen is tussen de vier en achttien jaar, het IQ van de ouders is boven 80 en de gezinnen spreken Nederlands. Bij alle gezinnen is een veiligheidscheck uitgevoerd voordat zij opgenomen zijn in het onderzoek.

De data van de controlegroep (algemeen Nederlandse gezinnen) zijn verzameld via scholen verdeeld over Nederland, welke benaderd zijn via telefoon en e-mail door studenten van de opleiding Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. De leerlingen en ouders die benaderd zijn werden geïnformeerd via een informatiebrief en hebben een toestemmingsformulier ingevuld. Er is geprobeerd om een representatieve steekproef te verkrijgen, maar dit is (vergeleken met gegevens van het centraal bureau voor de statistiek over de Nederlandse bevolking) slechts gedeeltelijk gelukt.

Statistische analyses

Van de oorspronkelijke 274 gezinnen, hebben 165 gezinnen (waarvan 75 multi-probleem gezinnen (42,4%) en 90 algemeen Nederlandse gezinnen (57,6%)) zowel de KIDSCREEN, de YSR als de CBCL ingevuld. De gegevens van deze gezinnen zijn gebruikt voor dit onderzoek.

Voor het vergelijken van de twee onderzoeksgroepen op kwaliteit van leven en psychopathologie, wordt gebruik gemaakt van een onafhankelijke t-toets. De samenhang wordt berekend met behulp van de Pearson-productmomentcorrelatiecoëfficiënt, wat mogelijk is omdat psychopathologie op minimaal interval meetniveau is gemeten. De scores zijn normaal verdeeld, alleen de kurtosis-score op de YSR voldoet niet. Er is echter een steekproef die groot genoeg is, waardoor ook de YSR voor dit onderzoek gebruikt mag worden. Uit de Levene's Test for Equality of Variances blijkt dat de variantie tussen multi-probleem gezinnen en algemeen Nederlandse gezinnen gelijk is ($p > .01$). De assumptie van homogeniteit is niet geschonden.

De aannames zijn op basis van betrouwbaarheid aangenomen, welke in dit onderzoek beoordeeld wordt door middel van de volgende schalen: (1) < 0.3 zeer zwak, (2) 0.3-0.5 zwak, (3) 0.5-0.7 matig, (4) 0.7-0.85 sterk en (5) 0.85-0.95 zeer sterk (Field, 2009).

Resultaten

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de afgenomen vragenlijsten kan gerapporteerd worden als zeer sterk (tabel 1). Dit houdt in dat de vragenlijsten meten wat beoogd wordt te meten.

Tabel 1.
Betrouwbaarheid KIDSCREEN, YSR en CBCL

		Cronbach's alpha α
<i>Kwaliteit van leven</i>		
Kind	KIDSCREEN	.91
<i>Psychopathologie</i>		
Kind	YSR	.95
Ouder(s) over kind	CBCL	.96

Verschil in gemiddelden kwaliteit van leven

Uit de t-test voor onafhankelijke steekproeven blijkt dat het verschil tussen het gemiddelde op kwaliteit van leven van kinderen uit multi-probleem gezinnen en het gemiddelde op kwaliteit van leven van kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen significant is ($t(163) = -5.92, p < .01$). Gekeken naar de gemiddelden op kwaliteit van leven, blijkt dat kinderen uit multi-probleem gezinnen gemiddeld lager scoren op kwaliteit van leven ($M = 3.86, sd = .53$) dan kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen ($M = 4.29, sd = .41$) (tabel 2). Wanneer deze gemiddelden geïnterpreteerd worden, blijkt dat zowel kinderen uit multi-probleem gezinnen als kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen gemiddeld binnen de categorie "helemaal" scoren op vragen van kwaliteit van leven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zowel kinderen uit multi-probleem gezinnen als kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen de kwaliteit van leven gemiddeld als positief ervaren.

Verschil in gemiddelden psychopathologie kind

Uit de t-test voor onafhankelijke steekproeven blijkt dat het verschil tussen het gemiddelde op psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) van kinderen uit multi-probleem gezinnen en het gemiddelde op psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) van kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen significant is ($t(163) = 6.85, p < .01$). Gekeken naar de gemiddelden, blijkt dat kinderen uit multi-probleem gezinnen gemiddeld hoger scoren op psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) ($M = .52, sd = .26$) dan kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen ($M = .28, sd = .19$) (tabel 2). Wanneer de gemiddelden geïnterpreteerd worden, blijkt dat kinderen uit multi-probleem gezinnen binnen de categorie "een beetje of soms" scoren op vragen over psychopathologie terwijl kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen binnen de

categorie "helemaal niet" scoren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat kinderen uit multi-probleem gezinnen vaker psychische problemen ervaren dan kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen.

Het verschil tussen het gemiddelde op psychopathologie gerapporteerd door de ouder(s) (CBCL) van kinderen uit multi-probleem gezinnen en het gemiddelde op psychopathologie gerapporteerd door de ouder(s) van kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen blijkt uit de t-test voor onafhankelijke steekproeven niet significant te zijn ($t(163) = 1.73, p > .01$). Wanneer de gemiddelden worden bekeken, blijkt dat ouders uit multi-probleem gezinnen gemiddeld psychopathologie van het kind iets hoger beoordelen ($M = .37, sd = .31$) dan ouders uit algemeen Nederlandse gezinnen doen ($M = .30, sd = .23$) (tabel 2). Beiden scoren binnen de categorie "helemaal niet". Hieruit kan geconcludeerd worden dat zowel ouders uit multi-probleem gezinnen als ouders uit algemeen Nederlandse gezinnen gemiddeld geen psychische problemen ervaren bij het kind.

Samenhang kwaliteit van leven en psychopathologie

Uit de Pearson-productmomentcorrelatie blijkt dat er een matige, significante correlatie is tussen kwaliteit van leven en psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) uit multi-probleem gezinnen ($r = -.52, p < .01$) (tabel 3). Er is een negatieve samenhang, wat inhoudt dat wanneer een kind hoog scoort op kwaliteit van leven, er een lage score op psychopathologie zal zijn bij het kind gerapporteerd door het kind (YSR) in multi-probleem gezinnen.

De samenhang tussen kwaliteit van leven en psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) bij algemeen Nederlandse gezinnen is volgens de Pearson-productmomentcorrelatie significant en als matig te beoordelen ($r = -.58, p < .01$) (tabel 3). Omdat er een negatief verband is, zal psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR) dalen wanneer een kind hoger scoort op kwaliteit van leven.

Gekeken naar kwaliteit van leven van het kind en psychopathologie van het kind gerapporteerd door de ouder(s) (CBCL), is te zien dat er geen significante correlatie is tussen kwaliteit van leven bij het kind en psychopathologie van het kind gerapporteerd door de ouder(s) (CBCL) bij multi-probleem gezinnen ($r = -.04, p > .01$) (tabel 3).

Uit de Pearson-productmomentcorrelatie blijkt dat de correlatie tussen kwaliteit van leven en psychopathologie van het kind gerapporteerd door de ouder(s) (CBCL) bij algemeen Nederlandse gezinnen niet significant is ($r = -.02, p > .01$) (tabel 3). Het is een opvallende bevinding dat er geen significante correlatie is tussen kwaliteit van leven en psychopathologie van het kind gerapporteerd door de ouder(s) (CBCL), omdat dit inhoudt dat ouders en kinderen kwaliteit van leven en psychopathologie niet hetzelfde beoordelen.

Tabel 2.

Gemiddelden en standaarddeviaties op verschillende vragenlijsten van multi-probleem gezinnen (n = 70) en algemeen Nederlandse gezinnen (n = 95)

	Multi-probleem gezinnen		Algemeen Nederlandse gezinnen		T
	M	SD	M	SD	
Kwaliteit van leven	3.86	0.53	4.29	0.41	-5.92*
Psychopathologie (K)	0.52	0.26	0.28	0.19	6.85*
Psychopathologie (OK)	0.37	0.31	0.30	0.23	1.73

Noot: K = kindrapportage (YSR), OK = ouderrapportage over kind (CBCL)

* significant bij $p = .01$

Tabel 3.

Correlaties tussen scores op verschillende vragenlijsten van multi-probleem gezinnen (n = 70) en algemeen Nederlandse gezinnen (n = 95)

	Multi-probleem gezinnen	Algemeen Nederlandse gezinnen
Kwaliteit van leven (K) x Psychopathologie (K)	-.52*	-.58*
Kwaliteit van leven (K) x Psychopathologie (OK)	-.04	-.02

Noot: K = kindrapportage, OK = ouderrapportage over kind

* significant bij $p = .01$

Discussie

Uit dit onderzoek zijn een aantal belangrijke resultaten naar voren gekomen. Ten eerste blijkt er een verschil te zijn tussen multi-probleem gezinnen en algemeen Nederlandse gezinnen wanneer het gaat om kwaliteit van leven van het kind en psychopathologie gerapporteerd door het kind (YSR). Ten tweede blijkt er zowel binnen multi-probleem gezinnen als algemeen Nederlandse gezinnen een samenhang te bestaan tussen kwaliteit van leven en psychopathologie beoordeeld door het kind (YSR).

In overeenstemming met de hypothese is gebleken dat er een significant verschil is tussen kwaliteit van leven bij kinderen uit multi-probleem gezinnen en kwaliteit van leven bij kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen, waarbij kinderen uit multi-probleem gezinnen significant een lagere kwaliteit van leven hebben dan kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen. Dit kan verklaard worden doordat er in multi-probleem gezinnen meer risicofactoren aanwezig zijn die een negatieve invloed hebben op kwaliteit van leven, zoals een laag SES, sociaal kapitaal en sociale controle (Davidson-Arad, 2005; Von Rueden et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008 & Drukker et al., 2003). Twee van de aspecten van kwaliteit van leven zijn financiële bronnen en sociale steun, welke onder andere afhankelijk zijn van SES, sociaal kapitaal en sociale controle (Bisegger et al., 2005). Zoals Bisegger en collega's (2005) hebben aangegeven is kwaliteit van leven een totaal van meerdere aspecten, waardoor het logisch is dat als er lager gescoord wordt op financiële bronnen en sociale steun, de totale kwaliteit van leven ook verlaagd is. Daarnaast kan dit resultaat ondersteund worden door onderzoek van Sackin en Raffe (1976), waarin is gevonden dat multi-probleem gezinnen gekarakteriseerd worden door

problemen binnen het gezin die een negatieve invloed hebben op alle aspecten van de levens van de gezinsleden. Kwaliteit van leven geeft deze aspecten weer (Bisegger et al., 2005). Opvallend is dat, ondanks het significante verschil, zowel kinderen uit multi-probleem gezinnen als kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen de kwaliteit van leven als hoog beoordelen. Het zou kunnen zijn dat kinderen uit multi-probleem gezinnen de kwaliteit van leven positief beoordelen, doordat zij veelal kinderen in hun omgeving hebben die uit dezelfde situatie komen (Von Rueden et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008; Drukker et al., 2003) en de kwaliteit van leven daardoor niet kunnen vergelijken met de kwaliteit van leven van kinderen die niet in deze situatie verkeren. Wanneer zij in contact zouden staan met kinderen uit de algemeen Nederlandse bevolking en zien dat deze kinderen in een andere situatie leven, zouden zij hun eigen kwaliteit van leven lager beoordelen. Echter, dit is enkel een speculatie en dient nader onderzocht te worden.

In overeenstemming met de verwachtingen is er significant meer psychopathologie gerapporteerd door kinderen uit multi-probleem gezinnen dan uit algemeen Nederlandse gezinnen. Dit kan verklaard worden doordat er binnen multi-probleem gezinnen risicofactoren aanwezig zijn die bijdragen aan de ontwikkeling van psychopathologie, zoals onder andere psychopathologie van de ouders en de omgeving waarin het kind opgroeit (Wicks-Nelson & Israel, 2009). Omdat kinderen uit multi-probleem gezinnen dagelijks te maken hebben met deze risicofactoren, is het enigszins logisch dat zij meer psychopathologie rapporteren dan kinderen uit algemeen Nederlandse gezinnen die deze risicofactoren (in het algemeen genomen) niet tegenkomen. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Flouri, Tzavidis en Kallis (2009), waaruit is gebleken dat contextuele risicofactoren (zoals de omgeving waarin kinderen opgroeien en de familieomstandigheden) een grote invloed hebben op de ontwikkeling van psychopathologie.

Gekeken naar de samenhang tussen kwaliteit van leven en psychopathologie, is uit dit onderzoek gebleken dat er alleen een significante samenhang is tussen kwaliteit van leven en psychopathologie van het kind wanneer dit door het kind gerapporteerd wordt (YSR). Er was sprake van een matige, negatieve samenhang, waaruit geconcludeerd kan worden dat wanneer kinderen hoger scoren op psychopathologie, er een lagere kwaliteit van leven aanwezig zal zijn. Een verklaring hiervoor is dat wanneer kinderen psychische problemen ervaren, zij zich minder goed voelen en dit een uitwerking heeft op hoe zij kwaliteit van leven beoordelen, omdat dit de eigen perceptie is van welbevinden en functioneren waaronder ook het aspect "psychologisch welbevinden" valt (Ravens-Sieberer et al., 2001). Dit kan worden ondersteund door resultaten uit het onderzoek van Bastiaansen et al. (2005a), waaruit is gebleken dat een hoge mate van psychopathologie samenhangt met een laag niveau van kwaliteit van leven. Er is geen significante samenhang gevonden tussen psychopathologie van het kind

beoordeeld door de ouder(s) en kwaliteit van leven, wat niet overeenkomt met de verwachtingen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat kwaliteit van leven is gerapporteerd door het kind en ouders niet aan de kwaliteit van leven van het kind hebben gedacht wanneer zij psychopathologie van het kind beoordeelden. Om een meer accuraat beeld te verkrijgen van deze bevinding, zou er gekeken moeten worden naar hoe ouders de kwaliteit van leven van het kind beoordelen en zou de samenhang berekend moeten worden tussen deze beoordeling en psychopathologie van het kind beoordeeld door de ouders.

Bij de interpretatie van dit onderzoek dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen. Ten eerste heeft de selectie van participanten plaatsgevonden door bereidwilligheid van aangeschreven scholen. Er zijn vooral scholen benaderd die in contact stonden met de studenten van de opleiding pedagogische wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Hierdoor is er geen optimale spreiding ontstaan, waardoor generalisatie van de resultaten niet mogelijk is. Ten tweede is niet bekend hoe de ouders en kinderen de vragenlijsten ingevuld hebben, omdat merendeel van de lijsten afgegeven en opgestuurd zijn. Er is dus geen controle geweest of de vragenlijsten wel anoniem en onafhankelijk van elkaar zijn ingevuld. De derde beperking van dit onderzoek is dat de YSR bedoeld is voor kinderen vanaf elf jaar oud, terwijl in dit onderzoek kinderen vanaf acht jaar oud deze vragenlijst hebben ingevuld. Hierdoor kan het zo zijn dat de kinderen moeite hebben gehad bij het invullen en hierdoor de antwoorden misschien niet helemaal overeen komen met wat er werkelijk beoogd is te meten.

Er dient in de toekomst onderzoek gedaan te worden naar de reden waarom kwaliteit van leven toch nog positief beoordeeld wordt door kinderen uit multi-probleem gezinnen. Toekomstig onderzoek zou zich ook kunnen richten op de opvallende bevinding dat er geen ouder-kind overeenkomst aanwezig was tussen psychopathologie van het kind en bij de samenhang tussen kwaliteit van leven en psychopathologie.

De resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen zijn, ondanks de beperkingen, van belang voor het opstellen van de karakteristieken van multi-probleem gezinnen. Het is van belang kwaliteit van leven van kinderen uit multi-probleem gezinnen proberen te verbeteren. Vanwege een samenhang kan de verhoging van kwaliteit van leven, psychopathologie van het kind verminderen. Zoals onderzoek van Bastiaansen en collega's (2005b) heeft uitgewezen kan kwaliteit van leven door therapie verbeterd worden ondanks dat er psychopathologie blijft bestaan. Het is daarom zeker de moeite waard om de kwaliteit van leven bij kinderen uit multi-probleem gezinnen te verbeteren en dit mee te nemen in de behandeling. Er zou gekeken kunnen worden naar aspecten binnen kwaliteit van leven die verbeterd kunnen worden, zoals fysiek welbevinden en vrienden en sociale steun. Wanneer deze twee aspecten bijvoorbeeld verbeterd worden,

zal het kind zich beter voelen en zal zijn kwaliteit van leven erop vooruit gaan (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Het opvallende resultaat dat er geen ouder-kind overeenkomst is over psychopathologie van het kind, dient meegenomen te worden in eventuele behandeling van multi-probleem gezinnen. Wanneer de ouders een accuraat beeld ontwikkelen over de problemen die het kind tegenkomt, kunnen zij hier beter op inspelen en het kind beter ondersteunen.

Referenties

- Achenbach, T. M., (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005a). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research, 14*, 1599-1612.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005b). Psychopathology in children: improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*, 364-370.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Rueden, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 50*, 281-291.
- Davidson-Arad, B. (2001). Predicted changes in children's quality of life in decisions regarding the removal of children at risk from their homes. *Children and Youth Services Review, 23*, 127-143.
- Davidson-Arad, B. (2005). Structural analyses of the quality of life of children at risk. *Social Indicators Research, 73*, 409-429.
- Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D., & Wozner, Y. (2003). Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect, 27*, 733-750.
- Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., & Van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine, 57*, 825-841.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
<http://statline.cbs.nl/statweb/>, gebruikt op 31 mei 2010
- Flouri, E., Tzavidis, N., & Kallis, C. (2010). Adverse life events, area socioeconomic disadvantage, and psychopathology and resilience in young children: The importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 1-12.
- Ince, D. (2008). *Cijfers over multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederland Jeugdinstituut. Gevonden op 21 maart 2010, op http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Cijfers_Multiprobleemgezinnen.pdf.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P., & De Vries, J. (2006). Quality of life and psychopathology: investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 333-340.

- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., & Bullinger, M. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 148-156.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Brull, J., Dür, W., Power, M., & Rajmil, L. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 46*, 294-302.
- Sackin, H. D., & Raffe, I. H. (1976). Multiproblem families: a social-psychological perspective. *Clinical Social Work Journal, 4* (1), 34-43.
- The KIDSCREEN Group (2004). *Description of the KIDSCREEN-27. Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People Short Version*. Hamburg: University Clinic Hamburg-Eppendorf.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*, 130-135.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2009). *Abnormal Child and Adolescent Psychology* (7th ed.). Toronto, ON: Pearson Education.