Jeugd met een Opdracht

Christelijke Hogeschool Ede

Zicht voor de toekomst

Bijlagen

Afstudeeronderzoek

HBO Verpleegkunde



Onderzoekers:
Lydia Allemekinders
Lukas van de Haar
Elianne de Kat
Margriet Mellema

JUNI 2012

‘GEEF EEN MAN EEN VIS

EN JE VOEDT HEM VOOR EEN DAG.

LEER EEN MAN HOE HIJ MOET VISSEN

EN JE VOEDT HEM VOOR ZIJN HELE LEVEN.’

- CHINEES GEZEGDE -

INHOUDSOPGAVE

Bijlage 1 9

Deelvraag 1 9

Wat is beeld schetsende informatie van de sloppenwijk Bottlebrush en wat zijn kenmerkende aspecten ten aanzien van het leven in Bottlebrush? 9

Inleiding 9

Zuid-Afrika en Durban 9

Definities van sloppenwijken 9

Ontstaan van de sloppenwijk Bottlebrush 9

politieke, sociale en economische nadelen van sloppenwijken in de stad 10

Recente gegevens over huishoudens 11

Armoede gegevens 11

Gezondheidsproblemen 12

Discriminatie 12

Slachtoffers en onveiligheid 12

Psychologisch trauma 12

Ondersteuning openbare orde 13

Medische situatie in Bottlebrush 13

Bijlage 2 14

Deelvraag 2 14

Welke geselecteerde GVO- modellen zijn ondersteunend voor het maken en geven van voorlichting aan de inwoners van Bottlebrush betreffende (oog)hygiëne en oogproblematiek? 14

GVO en het belang hiervan 14

GVO- cyclus 15

4 stappen 15

Stap 1: Gezondheidskundige analyse 16

Stap 2: Gedragsdeterminanten 16

Stap 3: Gezondheidskundige interventies 17

Stap 4: Evaluatie van gezondheidskundige interventies 18

Motivatie 18

Methodes voor gedragsverandering 19

1. Health Counseling 19

Motivatie 20

2. Health Belief model 21

Motivatie 21

Toegepaste GVO, naar aanleiding van deelvraag 2 22

GVO- cyclus 22
Stap 1: Gezondheidskundige analyse 23
Toepassen van GVO 23
Stap 2: Gedragsdeterminanten 23
Toepassing van GVO 25
Stap 3: Gezondheidskundige interventies 25
Toepassen van GVO 26
Stap 4: Evaluatie van gezondheidskundige interventies 26
Toepassen van GVO 26
Gedragsveranderingsmodellen 27
1. Health Counseling 27
Toepassing 28
2. Health Belief model 30
Toepassing 30
Bijlage 3 31
Deelvraag 3 31
Welke aspecten vergroten het effect van gezondheidsvoorlichting op de lange termijn voor de inwoners van Bottlebrush? 31
Preventief 31
Ontstaan van gedrag 32
Aspecten die het effect van gezondheidsvoorlichting op lange termijn vergroten 32
Sociale aspecten 33
Voorlichtingskunde 35
Gedragsverandering 35
Kennisoverdracht 36
Advisering 36
Faciliteren van leerprocessen 36
Organisatieontwikkeling 36
Toepassing: 36
Een model voor planmatig voorlichten 37
Planmatig voorlichten 37
Uitwerking van het plan 37
1. Opstellen van plan 38
1.2 De keuze van instrumenten: eerste voorsortering 39
1.3 Nadere analyse van achtergronden van het te veranderen gedrag 39
1.4 Keuzes over communicatie met de doelgroep over te ontwikkelen maatregelen 40

Bijlage 4 41
Deelvraag 4 41
Wat is de meest voorkomende oogproblematiek in Bottlebrush, gebaseerd op leeftijd en prevalentie? 41
Inleiding 41
Oogproblematiek wereldwijd 41
Oogproblematiek Afrika 42
Oogproblematiek in Bottlebrush, Durban, Zuid-Afrika 42
(Sociale) gevolgen van oogproblematiek 42
Anatomie en fysiologie van het menselijk oog 43
Het binnenste van het oog 43
Belangrijke weefsels van het oog 44
Cataract 45
Behandeling 45
Oorzaak 47
Klachten en symptomen 47
Vitamine A deficiëntie 48
Xeroftalmie 48
Behandeling 48
Glaucoom 49
Typen 49
Oorzaak 49
Gevolgen 49
Behandeling 49
Bijlage 5 51
Deelvraag 5 51
Wat is er internationaal gezien beschikbaar aan gezondheidsvoorlichting op het gebied van oogproblematiek? 51
inleidend 51
Vision 2020 51
Gevonden documenten 51
Voorlichting 51
Oogfoto documenten 52
Hygiene 52
Bijlage 6 54
Deelvraag 6 54

Welke preventieve en curatieve behandelmogelijkheden met betrekking tot oogproblematiek zijn er beschikbaar voor de inwoners van Bottlebrush? 54
Doel van deze deelvraag 54
Werkwijze 54
Dataverzameling 54
Antwoord op de deelvraag 55
Conclusie 55
Bijlage 7 56
Opzet interview inwoners Bottlebrush 56
Bijlage 8 57
Ingevulde vragenlijsten informatie Eye Wave team 2011 57
Bijlage 9 63
Verbatim focusgroep discussie met docenten 63
Bijlage 10 71
Labels interviews 71
Bijlage 11 79
Verbatim gesprek met 2 kinderen van Brooklyn Heights na voorlichting 79
Bijlage 12 80
Resultaten focusgroep discussie met docenten Brooklyn Heights 80
Bijlage 13 83
Feedback op de presentatie van Miranda en Ingard 83
Bijlage 14 84
Voorlichtingsprogramma docenten Brooklyn Heights 84
Bijlage 15 99
Education Brooklyn Heights 99
Bijlage 16 101
Education teenagers Asoka Highschool 101
Bijlage 17 107
Songtekst 'washy washy clean' 107
Bijlage 18 108
Flyer handhygiëne 108
Literatuurlijst 109

BIJLAGE 1

DEELVRAAG 1

WAT IS BEELD SCHETSENDE INFORMATIE VAN DE SLOPPENWIJK BOTTLEBRUSH EN WAT ZIJN KENMERKENDE ASPECTEN TEN AANZIEN VAN HET LEVEN IN BOTTLEBRUSH?

INLEIDING

Voor het geven van gezondheidsvoorlichting is het van belang de cultuur, het ontstaan van de sloppenwijken en het leven in de sloppenwijken te onderzoeken. Door deze informatie kan beter worden ingespeeld op de leefomstandigheden van de inwoners van Bottlebrush, waar de gezondheidsvoorlichting op aangepast dient te worden.

Het was lastig een antwoord te formuleren op deze deelvraag, gezien het feit dat er nauwelijks informatie over Bottlebrush te vinden is, in boeken noch websites.

ZUID-AFRIKA EN DURBAN

Zuid-Afrika is een land wat 29 keer zo groot is als Nederland. Het heeft 39 miljoen inwoner. 80% van de inwoners heeft een donkere huidskleur. Het land kent 11 officiële talen. Arm en rijk wonen in een schril contrast tegen over elkaar.

Durban is een grote stad, aan de Oostkust van Zuid-Afrika. Het telt 3.3 miljoen inwoners.
Durban is het symbool van contrast; zwarten en blanken lopen gescheiden van elkaar, rijken en armen leven er samen. De armen wonen onder andere in Bottlebrush, de rijken winkelen in het naastgelegen winkelcentrum. (Philip Blom. (n.d.))

Bottlebrush is een sloppenwijk van ongeveer anderhalve vierkante kilometer groot, liggend aan de rand van een winkelcentrum, te Durban. In Bottlebrush leven naar schatting 17.000 mensen, waarvan ongeveer 4.000 – 6.000 kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. De etnische groep Zulu's vormen de meerderheid van de bevolking van Bottlebrush.

DEFINITIES VAN SLOPPENWIJKEN

Het ministerie van Huisvesting van Zuid-Afrika definieert sloppenwijken als volgt: '*voormalige formele woonwijken die zodanig zijn gedegenereerd dat er een mogelijkheid is om ze weer naar een acceptabel niveau te brengen'. Als mede: ' vrij gezegd betreft het een informele woonwijk / sloppenwijk'.* (Marx&Charlton 2003)

ONTSTAAN VAN DE SLOPPENWIJK BOTTLEBRUSH

De sloppenwijken zijn ontstaan op bufferzones van de Apartheid. Zij vormden een weerspiegeling van het gebrek aan goede woningen ten tijde van de Apartheid. Sloppenwijken die ontstonden in het centrum van Durban werden weggehaald. De autoriteit gaf als reden dat het de hygiëne van de stad en de stad zelf zou doen achter uit gaan.

In de afgelopen decennia zijn de sloppenwijken gegroeid, als gevolg van het gebrek aan woon-alternatieven. De groei van de sloppenwijken is ook een gevolg van de alles verwoestende droogte eind 1970 en 1980, dit dwong mensen om een andere, bewoonbare plek, te zoeken in de buurt van de steden. De nieuwe woonwijken die ontstonden eind 1980, begin 1990 waren kleiner, meer clandestien en dichter bij de stad. (Marx&Charlton 2003)

POLITIEKE, SOCIALE EN ECONOMISCHE NADELEN VAN SLOPPENWIJKEN IN DE STAD

In de officiële benadering van sloppenwijken gaat men er vanuit dat sloppenwijken nauwelijks of geen voordeel bieden aan de stad. Tevens zijn er programma's om de sloppenwijken hogerop te laten komen of zelfs te verwijderen. De kosten voor de stad en zijn inwoners voor sloppenwijken zijn als volgt onder te verdelen:

- Hogere aantallen van water,- en luchtziekten; door slechte water toevoer en wateropslag; gebrek aan (goede) ventilatie en bescherming van vochtigheid; overbevolking.
- Negatieve invloed op het investeerders plaatje van de stad (Durban is bezig om (inter)nationaal toerisme op de kaart te zetten).
- Lagere inkomsten en hogere kosten vanwege de grote levels van stadsservices, met een lage kostendekking.
- De tijd en de kosten die het met zich mee brengt om inwoners te verplaatsen vanuit de sloppen wijken, liggend bij de grensgebieden van de stad.
- De sociale, financiële en psychologische ontwrichting voor de inwoners die verplaatst worden vanuit de sloppenwijken.
- De tijd die het met zich meebrengt, de vooroordelen over Zuid-Afrika, weg te werken, om zich als land te kunnen ontwikkelen.
- De moeilijkheden voor de politie om de sloppenwijken binnen te vallen, vanwege hun fysieke beperkingen en de hoge criminaliteit in deze wijken.
- De tegenstrijdige effecten op de productiviteit van werkdruk, vanwege ziekte en de armoedige leefomstandigheden.
- Lage investering in de kwaliteit van woningen; vanwege een gebrek aan bescherming voor de woningen of eigendommen.
- Lage investeringen in de kwaliteit aan goede infrastructuur voor economische productie, als elektriciteit.
- Gebrek aan toegang tot formele systemen als banken, of kredieten; vanwege het gebrek aan bescherming van eigendommen of het niet bezitten van een geldig woonadres.
- Fysieke beperkingen om onderwijs te volgen, vanwege de armoedige woonomstandigheden.
- De invloed op het natuurlijke milieu, vanwege de niet goed gebouwde constructies voor toiletten, en een gebrek aan goede riolering.
- Toegang tot woningen en services is een van de belangrijkste vormen van de inhoudelijke democratie en uitsluiting tot deze punten met de staat, dit heeft effect op het psychosociale aspect van inwoners van uitgesloten huishoudens.
- Vrouwen lijden meer onder de sloppenwijken. Zij ervaren vooral een gebrek aan (persoonlijke) bescherming met nadelige effecten op persoonlijke en de huishoudens. (Marx&Charlton 2003)

RECENTE GEGEVENS OVER HUISHOUDENS

- Het officiële minimum aantal vierkante meters voor een woning is 27-30 m2, met bescherming en recht op krediet. Het aantal huishoudens in Durban, beneden dit minimum is 175.000 (24.7%) huishoudens.
- Elk huishouden heeft recht op 200 liter drinkbaar water per dag. Het aantal huishoudens in Durban dat beneden dit minimum is 144.600 (20.4 %).
- Elk huishouden heeft recht op een geventileerde ruimte voor het toilet, of andere voorzieningen voor toiletten, zoals water-sanitaire-voorzieningen. Het aantal huishoudens in Durban beneden dit minimum is 212.000 (30%).
- Elektriciteit is een gemeengoed waar men recht op heeft, 40 ampère per huishouden. Straatverlichting wordt mogelijk gemaakt, op plaatsen die daarvoor geschikt zijn. Het aantal huishoudens wat niet van deze voorzieningen is voorzien is 130.000 (18.4%).
- Criminaliteit: The South African National Victims of Crime, laat zien dat er meer dan 40% van alle inbraken, meer dan 60% veediefstallen en meer dan 70% van alle diefstallen op mensen, niet geregistreerd is. Het aantal procenten van deze cijfers in sloppenwijken, is vermoedelijk hoger. ’s Nachts voelt 80% van de ondervraagden zich onveilig tot zeer onveilig in de sloppenwijk. Dit heeft er onder andere mee te maken dat er geen straatverlichting is in de sloppenwijken.
- De bevolkingsdichtheid in de stad ligt op 1202 personen per km2, in de sloppenwijken kan dat liggen op 37.000 personen per km2. Het gemiddeld aantal personen in de sloppenwijken ligt op 7000 personen per km2.
- Het officiële acceptabele minimale niveau voor afvalverzameling ligt op eenmaal per week, wat vervolgens gebracht wordt naar land wat daarvoor bestemd is. Er zijn 46.604 (7%) huishoudens die leven onder dit minimum.
- 52% van de huishoudens is onder ontwikkeld, waarvan 32% vrouwen en 24% gepensioneerden.
- 57% van de huishoudens bestaat uit vier of minder personen.
- 16% van de volwassen is analfabeet.
    - 8% van de inwoners van Durban heeft een diploma of kwalificatie voor een vervolgopleiding.
    - 37% van de Afrikaanse inwoners van Durban heeft geen middelbaar onderwijs gevolgd.
- Van het totaal van de 707.350 huishoudens in Durban heeft 144.600 (20.4%) geen goede waterservice, 212.000 (30%) huishoudens hebben geen goede sanitaire voorzieningen, 13% van de bevolking heeft geen mogelijk tot publiek transport. (Marx&Charlton 2003)

ARMOEDE GEGEVENS

Ongeveer 33% van de totale inwoners van Durban leeft in sloppenwijken. Dit betekend dat 920.000 inwoners van Durban in sloppenwijken leven.
Van het totaal aantal inwoners van Durban leven 690.000 (23%)mensen in extreme armoede (minder dan US$30 per maand inkomen), 510.000 mensen (17%) leven in omstandigheden die vragen om verandering, en 40% van de bevolking leeft in armoede.

Armoede komt vooral voor bij Afrikanen, waarvan 67% leeft in armoede of extreme armoede. Van de Aziaten en Gekleurden leeft 20% in armoede of extreme armoede. Voor de Blanken is dit 2%. Vooral vrouwen leiden onder armoede, meer dan de helft van de vrouwelijke inwoners van Durban is arm.

Zuid-Afrika is het land waar de meest ongelijke verdeling van inkomen ter wereld is.
Het gemiddelde wat een Afrikaan bezit, is 1/7^{e} van wat een blanke bezit, dit is alleen al zo in Durban. (Marx&Charlton 2003)

GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Nationale analyses tonen dat ziektes, gerelateerd aan armoede, belangrijke oorzaken van sterfte zijn. In 1990, overleden aan de gevolgen van diarree 20.8% van de kinderen onder de 5 jaar. 9.4% van de overleden kinderen onder de 5 jaar, stierven aan de gevolgen van luchtweginfecties.
Diarree en luchtweginfecties komen voornamelijk door de lage kwaliteit van de omgeving en de lage kwaliteit van leven in de sloppenwijken. The Environmental Health section of Durban's Health Department, geeft aan dat een aantal hoofdproblemen en de risicofactoren voor de inwoners van sloppenwijken, te maken hebben met diarree-ziektes, ziektes overgebracht door water (cholera en dysenterie), wormen en dieren met hondsdolheid. (Marx&Charlton 2003)

DISCRIMINATIE

Inwoners van sloppenwijken hebben het idee dat er neergekeken wordt op hen, door inwoners van andere stadsdelen. Tevens geven ze aan dat de autoriteiten zeer traag reageren bij bedreigingen als overstromingen of brand. Vanwege de afwezigheid van officiële instituten, huismeesters, lokale leiders en community-leiders, beheert de politie een eigen vorm van justitie binnen het gebied en worden straffen opgelegd, die bedoeld zijn voor criminelen. (Marx&Charlton 2003)

SLACHTOFFERS EN ONVEILIGHEID

Burgerlijk en huiselijk geweld zijn extreem hoog in Zuid-Afrika. Met name vrouwen ervaren een sterke angst voor geweld, zij worden in het bijzonder geconfronteerd met beperkingen in het dagelijkse leven.
De statistieken van geweldsmisdrijven laten zien dat er in 1999:

- 82.5 gevallen van moord
- 87 gevallen van poging tot moord
- 397.1 gevallen van diefstal met verzwarende omstandigheden per 100.000 inwoners waren. (Marx&Charlton 2003)

PSYCHOLOGISCH TRAUMA

Een hoog aantal mensen in de sloppenwijken van Durban lijdt aan psychologische trauma's. De inwoners, voornamelijk vrouwen, geven aan weinig vertrouwen te hebben in de politie, aangaande het oplossen van criminaliteit. Aanrandingen en verkrachtingen worden veelal gepleegd door bekenden van het slachtoffer, wat kan leiden tot het verbreken van het contact met de familie. (Marx&Charlton 2003)

ONDERSTEUNING OPENBARE ORDE

Nationale steun en budget is vrijgemaakt voor de ondersteuning van de openbare orde, aangaande gezondheid, onderwijs en welzijn.
The City's Integrated Development Plan heeft een programma geschreven, wat er toe moet bijdragen dat het leven van de inwoners van Durban verbeterd wordt, zoals publieke veiligheid, bescherming van kwetsbaren (kinderen, jeugd, gehandicapten en ouderen). (Marx&Charlton 2003)

MEDISCHE SITUATIE IN BOTTLEBRUSH

Naar schatting is 50-75% van de kinderen, woonachtig in Bottlebrush, HIV-seropositief. Dit komt onder andere door het gebrek aan kennis over medische basiszorg, zorg voor moeder en kind en het gebrek aan hygiëne.
In Bottlebrush zijn geen artsen, verpleegkundigen of verloskundigen werkzaam. Voor de bewoners van Bottlebrush is het mogelijk om, in geval van nood, naar het overheidsziekenhuis te gaan, maar vanwege de lange wachtrijen en de werkwijze van het ziekenhuis zijn de meesten op zichzelf aangewezen. (Philip Blom. (n.d.))

BIJLAGE 2

DEELVRAAG 2

WELKE GESELECTEERDE GVO- MODELLEN ZIJN ONDERSTEUNEND VOOR HET MAKEN EN GEVEN VAN VOORLICHTING AAN DE INWONERS VAN BOTTLEBRUSH BETREFFENDE (OOG)HYGIËNE EN OOGPROBLEMATIEK?

Om antwoord te formuleren op deze vraag zal er eerst kort benoemd worden wat gezondheidsvoorlichting (in het vervolg GVO genoemd) inhoudt. Hierbij wordt kort stil gestaan bij het belang en de taken voor de verpleegkundigen in deze. Vervolgens zal de algemene GVO- cyclus aan de orde komen waarin stil gestaan wordt bij het ASE- model. Verder zal er gekeken worden naar de modellen die nodig zijn om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Het geven van gezondheidsvoorlichting is sterk afhankelijk van de situatie en de doelgroep die de voorlichter voor zich heeft. Gezien het feit dat er door deze samenhang van factoren zich zeer uiteenlopende situaties voor kunnen doen, is het van belang om na te gaan welke modellen voor GVO beschikbaar zijn. Er zijn veel GVO modellen beschikbaar, daarom hebben de onderzoekers zich toegespitst op de GVO modellen die een meerwaarde hebben voor de verpleegkundigen wanneer er voorlichting gegeven wordt in de sloppenwijk Bottlebrush in Durban.

Het doel van deze deelvraag is niet om het belang aan te geven van het geven van gezondheidsvoorlichting, want de onderzoekers veronderstellen dat dit bekend zal zijn. Daarentegen wel om weer te geven welke soorten geschikte methodes en middelen van GVO er onder andere zijn om voor te kunnen lichten in de sloppenwijk van Bottlebrush.

GVO EN HET BELANG HIERVAN

Gezondheid van mensen wordt beïnvloed door een veelheid van factoren. Gezondheidsbevorderende factoren kunnen uiteenlopen van materiële welvaart tot een goede hygiëne, maar ook een goed huwelijk. Het menselijk gedrag speelt in dit geheel een belangrijke rol. Gezondheid, ziekte en welzijn hebben gevolgen voor het gedrag van mensen. Andersom heeft menselijk gedrag direct en indirect ook invloed op de gezondheid.
Bevordering van de gezondheid (en preventie van de aantasting ervan) kan in belangrijke mate bewerkstelligd worden door het veranderen van menselijk gedrag dat gerelateerd is aan gezondheid. Hiervoor is het noodzakelijk mensen te overtuigen van het belang van gedragsveranderingen en hen te motiveren tot het uitvoeren daarvan. Communicatie speelt een centrale rol in dit proces. GVO kan om die reden gezien worden als communicatie, gericht op gezondheidsbevordering.

De afkorting GVO staat voor gezondheidsvoorlichting en- opvoeding en werd voor het eerst gebruikt in 1962. Tegenwoordig spreken we van gezondheidsvoorlichting - we laten de ‘opvoeding’

achterwege - en hanteren de voor dit begrip ingeburgerde afkorting GVO, de Nederlandse term voor health education.

Bij gezondheidsvoorlichting gaat het om:

> *'mensen proberen te motiveren zich gezonder te gedragen, zodat gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen en zo vroeg mogelijk kunnen worden opgespoord. Mensen associëren gezondheidsproblemen snel met iets dat hen niet overkomt of dat pas later komt. Ze denken dat ze geen risicogedrag vertonen, ze zijn niet overtuigd van de voordelen van het gezonde gedrag en ze ervaren geen steun van anderen. Mochten mensen wel willen veranderen, dan weten zij vaak niet hoe zij moeten omgaan met problemen, die ze (kunnen) tegenkomen. Dit alles zorgt ervoor dat mensen in zo'n geval niet gemotiveerd zijn om te veranderen.'* (Sassen, 2004)

Met voorlichting proberen we mensen te motiveren tot, te trainen in, en te helpen bij het in standhouden van gezond gedrag. Voorlichting is in tegenstelling tot regelgeving gebaseerd op vrijwillige gedragsverandering. Maar voorlichting is meer dan alleen informatieoverdracht (Brug, 2007). Gezondheidsvoorlichting is gedefinieerd als 'alle combinaties van leerervaringen die bedoeld zijn om op vrijwillige basis gezond gedrag te stimuleren'. Gezondheidsvoorlichting voor gedragsverandering kan daarom ook bestaan uit vaardigheidstraining, zelftesten, rolspelen, motiverende gespreksvoering, enzovoorts.

GVO- CYCLUS

Binnen dit onderzoek is het voornaamste aspect dat onderzocht wordt hoe gezond gedrag met betrekking tot oogproblematiek bevorderd kan worden. Er wordt dus vanuit de literatuur aangegeven dat het belangrijk is om op zoek te gaan naar gegevens, want pas daarna kan je gericht interventies ondernemen, passend bij het individu. Oftewel deze gegevens zijn de middelen die nodig zijn om goede GVO te kunnen geven, maar er is meer voor nodig. Namelijk dat er nagegaan wordt hoe er in de praktijk omgegaan wordt met de voorlichting die gegeven wordt. Tijdens het voorlichten zal er dus door de onderzoekers nagegaan worden hoe de informatie verwerkt wordt en het beste toegepast kan worden op de doelgroep en de situatie.

De GVO- cyclus bestaat uit vier stappen die allemaal doorlopen moeten worden om een gezondheidskundig probleem goed aan te kunnen pakken.

4 STAPPEN

- Stap 1: Gezondheidskundige analyse
- Stap 2: Gedragsdeterminanten
- Stap 3: Gezondheidskundige interventies
- Stap 4: Evaluatie van gezondheidskundige interventies

Binnen gezondheidsvoorlichting zien deze stappen er als volgt uit:

- Stap 1 van de GVO- cyclus begint met het op een systematische wijze inzicht verwerven in een gezondheidsprobleem of doelgroep. Het inzichtelijk maken van het gezondheidsprobleem of de doelgroep vindt plaats in de gezondheidskundige analyse.
- In **Stap 2** van de gezondheidskundige analyse worden de factoren die het gedrag bepalen inzichtelijk gemaakt. Het gaat dan om het bestuderen van gedragingen die een relatie hebben met het gezondheidsprobleem. Dit zijn de gedragsdeterminanten.
- Stap 3 van de GVO- cyclus is het aanzetten van (patiënten)groepen tot een ander en gezonder gedrag. Dit gebeurt door gezondheidskundige interventies. Pas op het moment van de gezondheidskundige interventies is er pas sprake van verpleegkundige handelen, met als raakvlak gezondheidsvoorlichting.
- **Stap 4** bestaat uit de evaluatie en het beoordelen van de effectiviteit van het gehele proces. De evaluatie is gericht op het beoordelen van de effectiviteit van de gezondheidskundige interventie als van het gehele proces dat daaraan vooraf is gegaan. Het systematisch doorlopen van de stappen van de GVO- cyclus heeft als doel een gezondheidsprobleem, voor zover mogelijk, op te lossen.

STAP 1: GEZONDHEIDSKUNDIGE ANALYSE

De GVO- cyclus begint met het op een systematische wijze inzicht verwerven in een gezondheidsprobleem. Het inzichtelijk maken van het gezondheidsprobleem vindt plaats in de gezondheidskundige analyse. Daarin wordt het gezondheidsprobleem ‘uiteengerafeld’.

Algemene vragen die je jezelf kunt stellen over een gezondheidskundig probleem zijn:

- Wat houdt het onderwerp in?
- Waar komt het voor?
- Hoeveel komt het voor?

Het is dus een verkenning van het onderwerp, je gaat nog niet in op oorzaken.

Ter illustratie: wanneer je het onderwerp ‘ooghygiëne bij kinderen’ hebt gekozen, beschrijf je bij deze stap wat ooghygiëne bij kinderen precies inhoudt, waar het voorkomt, hoe vaak het in Durban voorkomt enzovoort. Het zijn dus puur feiten die je hierbij onderzoekt om zo een basis te krijgen voor je onderzoek.

STAP 2: GEDRAGSDETERMINANTEN

In de tweede stap van de GVO cyclus worden de factoren die het gedrag bepalen inzichtelijk gemaakt. Het gaat dan om het bestuderen van gedragingen die een relatie hebben met het gezondheidsprobleem. Dit worden de gedragsdeterminanten genoemd. Het ASE model kan hierbij helpen. Die zal verder eerst uitgewerkt worden hieronder.
In het werkveld van de gezondheidvoorlichting, -opvoeding en –preventie wordt veel gewerkt met het ASE- model. Het model gaat er vanuit dat veel menselijk gedrag tot op zekere hoogte te beredeneren is. Het model brengt de diverse determinanten in kaart die invloed hebben op gedrag.

Tijdens het bestuderen van de gedragsdeterminanten wordt gespeurd naar de bepalende factoren van gedrag die het gewenste en het ongewenste gedrag belonen of belemmeren. Dit speuren is gericht op persoonlijke en sociale beloningen en belemmeringen voor het gedrag. Het ASE- model is zeer bruikbaar om gedragsdeterminanten te achterhalen. (Brug, 2007) Het is een model om gedrag ‘te verklaren’: het geeft zicht op allerlei factoren die gedrag bepalen en op de redenen waarom

mensen zich op bepaalde manier gedragen. Het ASE- model is een waardeverwachtingsmodel. Het is bruikbaar in de stap van het bepalen van de gedragsdeterminanten. Uitgangspunt van het ASE-model is dat mensen redenen kunnen aangeven waarom zij zich op een bepaalde manier gedragen.

Het ASE- model geeft zicht op deze redenen van het gedrag:

> *'het leert je te zien waar de knelpunten voor verandering precies zitten bij een bepaalde doelgroep. Soms is een doelgroep niet overtuigd van de voordelen van het gedrag. Dan moet een interventie de voordelen van het gewenste gedrag benadrukken. Soms weet de doelgroep niet hoe ze moeten omgaan met problemen die kunnen optreden als ze het nieuwe gedrag wil vertonen. Dan zal de interventie in moeten gaan op hoe je het probleem kunt oplossen. Gedragsdeterminanten moeten aandacht krijgen in een interventie'.* (Sassen, 2004)

ASE staat daarbij voor:

- **A**ttitude houden de opvattingen van een persoon in, gebaseerd op bijvoorbeeld kennis, ervaringen en voorbeelden van anderen.
- **S**ociale invloed is de invloed of sociale norm die anderen uitoefenen om bepaalde gedragingen wel of niet te vertonen. De invloed van groepen waartoe de persoon behoort en de drang om zich aan te passen, is hier zeker een belangrijke factor.
- **E**igen effectiviteit is de inschatting of iemand zekere gedragingen wel of niet uit kan voeren. Zelfbeeld, positieve en negatieve ervaringen, faalangst en persoonlijke kenmerken zijn hierbij relevant. Ook invloeden van buitenaf en financiële situatie kunnen meewegen in de eigen effectiviteit.

Als er dan gekeken wordt naar de *illustratie* van 'ooghygiëne bij kinderen' kijk je bij deze stap dus naar de factoren die ervoor zorgen dat ooghygiëne wel dan niet bevordert kan worden.
Bij de A van het ASE model onderzoek je de opvattingen van deze groep mensen in de sloppenwijk van Durban; wat weten ze over ooghygiëne en wat is hun mening hierover?
Bij de S van het ASE model kijk je naar de sociale norm die er heerst over hygiëne, is er bijvoorbeeld verschil tussen de stad en het platteland, afkomst, sociale klassen.
Bij de E van het ASE model schat je in wat deze kinderen zelf kunnen doen aan hygiëne. Waar hangt het in acht nemen van hygiëne vanaf? Is er een relatie met financiële mogelijkheden?

STAP 3: GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES

Als een verpleegkundige inzicht heeft in de determinanten die aan het gedrag gerelateerd zijn en het gezondheidsprobleem bepalen, kan zij een poging gaan doen mensen aan te zetten tot ander, gezonder gedrag. Het aanzetten van patiënten (groepen) tot ander en gezonder gedrag vormt de derde stap van de GVO- cyclus. Dit gebeurt door gezondheidskundige interventies.
Voorbeelden van interventies zijn:

- voorlichting geven voor groepen
- een brochure ontwikkelen
- cursus opzetten

Illustratie: Bij het voorbeeld over 'ooghygiëne bij kinderen' kijk je terug naar de verzamelde informatie bij stap 1 en 2. Komt er uit je onderzoek duidelijk naar voren dat ooghygiëne met name voorkomt bij kinderen waarbij onvoldoende kennis beschikbaar is over goede verzorging, waarbij zij in een omgeving leven waarbij men gezond leven minder belangrijk vindt en waar er geen geld is voor verzorgende middelen, dan bereik je niet veel met een interventie als een brochure uitreiken. Grote kans dat de brochure ongelezen verdwijnt in de prullenbak. Je bereikt bij dit voorbeeld waarschijnlijk meer met een project in een omgeving waar veel kinderen aanwezig zijn, waarbij kinderen informatie aangereikt krijgen en geïllustreerd wordt wat belangrijk is ten aanzien van ooghygiëne, zodat ze hier op een ongedwongen manier mee aan de slag zouden kunnen.

STAP 4: EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES

De systematiek van GVO zoals deze tot uitdrukking komt in de GVO- cyclus wordt afgesloten met het beoordelen van de effectiviteit van het hele proces. De evaluatie is zowel gericht op het beoordelen van de effectiviteit van de gezondheidsdeskundige interventie als van het hele proces dat daaraan vooraf is gegaan.

Voorbeelden van onderdelen van deze stap:

- het implementatieproces beschrijven van de uitgevoerde interventie
- de effectiviteit van de interventie beschrijven; bijvoorbeeld door een enquête te houden, reacties te peilen.

Illustratie: In ons voorbeeld beschrijf je bij deze stap hoe je een project op gaat zetten en uit gaat voeren. Vervolgens gebruik je voor het peilen van het effect ook weer een manier die past bij de uitkomsten van je voorgaande stappen. Een schriftelijke enquête rondsturen zal hier minder aanspreken dan een bijeenkomst waarbij iedereen zijn persoonlijke mening op een ongedwongen manier kan geven.

De GVO- cyclus van gezondheidskundige analyse tot evaluatie verloopt dus in vier stappen. Het systematisch doorlopen van deze stappen heeft als doel een gezondheidsprobleem op te lossen. Dit betekent dat verpleegkundigen met deze systematiek van concrete, logisch opeenvolgende stappen, mensen proberen te bewegen zich anders en gezonder te gaan gedragen.

MOTIVATIE

Wat is de reden dat de onderzoekers binnen dit onderzoek voor de GVO- cyclus gekozen hebben? Allereerst is deze cyclus gekozen vanuit de verantwoordelijke taken van de verpleegkundigen. Een van deze taken is het geven van gezondheidsvoorlichting daar waar nodig. Wanneer er gekeken wordt naar oogproblematiek en (oog)hygiëne in Bottlebrush mag het duidelijk zijn dat er geen tot weinig kennis is onder de bevolking met betrekking tot de ogen. Om dit gezondheidskundige probleem aan te kunnen pakken, reist de vraag hoe dit het beste tot stand gebracht kan worden.

hiervoor is de GVO- cyclus een uitstekende methode gezien het feit dat deze stapsgewijs in kaart brengt wat het probleem inhoudt, hoe groot het probleem is, wat de bijkomende gedragsdeterminanten zijn van de bevolking aldaar, wat de verpleegkundige aan interventies kunnen inzetten om dit gezondheidsprobleem te minimaliseren.
Wanneer dit concreet gemaakt wordt, zal dit model fungeren in het achterhalen van het gezondheidsprobleem om zo een gedegen gezondheidsvoorlichting in Bottlebrush te kunnen bewerkstelligen. Het gegeven dat de onderzoekers zich hiervan bewust zijn, bevordert de kwaliteit van de voorlichting. Voor de aanwezigheid van de onderzoekers in Afrika zal dit model uitgewerkt worden en daar ter plekke aangevuld worden. Daarna zal de effectiviteit van dit model geverifieerd worden. Het uitgewerkte model zal terug te vinden zijn in de bijlage.

METHODES VOOR GEDRAGSVERANDERING

In de literatuur was er een grote hoeveelheid aan GVO- en gedragsveranderings modellen te vinden. De onderzoekers hebben hier een keuze uit gemaakt op grond van de doelgroep en het doel dat beoogd wordt, namelijk het bevorderen van gezond gedrag bij de bevolking van Bottlebrush. Via deze wijze vielen er veel modellen af gezien het feit dat er veel modellen geschikt zijn voor het individu, terwijl de onderzoekers voorlichting geven aan grote groepen. Daarnaast is het doel van de onderzoekers om kennis over te dragen, toegepast op de personen die voorlichting ontvangen waardoor oogproblematiek voorkomen of behandeld kan worden. Om deze reden is er een keuze gemaakt voor twee gedragsveranderingsmodellen die gehanteerd worden. De keuze voor deze twee modellen is gebaseerd op het gegeven dat de andere modellen niet bruikbaar zijn om te gebruiken tijdens het geven van voorlichting voor grote groepen.

Om na te gaan welke GVO – en of/gedragsverandering modellen er van toepassing zijn op de inwoners van de sloppenwijk Bottlebrush in Durban is het van belang om de modellen toe te gaan passen. Hiermee zal er door de onderzoekers nagegaan worden welke modellen relevant zijn voor het geven van GVO waarbij het bevorderen van gezond gedrag ten aanzien van ooghygiëne en oogproblematiek verbeterd zal worden. Hieronder zijn de GVO beschreven die belangrijk zijn bij het geven van gezondheidsvoorlichting.

1. **Health Counseling**
2. **Health Belief model**

1. HEALTH COUNSELING

Health counseling heeft als doel patiënten zodanig te begeleiden dat zij:

1. Bewust kiezen voor het gedrag dat ligt opgesloten in het door de Health Counselor gegeven gezondheidsadviezen;
2. Zich optimaal inzetten voor de uitvoering van dat gedrag;
3. Proberen het gedrag ook vol te houden op de lange termijn indien dat nodig is;
4. Leren omgaan met terugval, tijdelijke en totale terugval, als zij het gedrag niet hebben volgehouden.

Op deze wijze draagt Health Counseling bij aan doelstellingen die in de gezondheidszorg van belang

worden geacht, namelijk: bevordering van de eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt, bevordering van een succesvol verloop van de therapie, bevordering van het welbevinden van de patiënt en besparing van kosten in de gezondheidszorg.

Drie fasen en zes stappen in het proces van Health Counseling:
Fase 1: Voorbereiding

- *Stap 1: bewustwording*; hierbij gaat het erom dat de patiënt tot het inzicht komt, hoe bepaald gedrag van invloed kan zijn, kan voortduren en hoe herstel van de klacht bewerkstelligt kan worden.
- *Stap 2: afweging;* nadat de bewustwording tot stand is gekomen weegt de patiënt de voor- en nadelen af van het gedrag dat hij achterwege moet laten en/of van het nieuwe gedrag.
- *Stap 3: besluitvorming;* willen is nog geen besluiten. Kan de patiënt nu ook besluiten om het geadviseerde gedrag op te volgen?

Fase 2: Afweging

- *Stap 4: gedragsverandering;* de patiënt heeft besloten het geadviseerde gedrag op te volgen. De Health Counselor biedt nu die hulp aan waardoor daadwerkelijke gedragsverandering ook tot stand kan komen. Hierdoor ontvangt de patiënt duidelijke instructies omtrent het nieuwe gedrag.

Fase 3: Nazorg

- *Stap 5: gedragsbehoud;* consolidatie van het nieuwe gedrag is nu het belangrijkste doel. Hierin is het van belang na te gaan waar de risico's liggen voor de patiënt om in het oude patroon terug te vallen.
- *Stap 6: Preventie van terugval.* Het is belangrijk na te gaan waar de hindernissen liggen voor de patiënt en te verifiëren waar deze vandaan komen. (Gerards, 1997)

MOTIVATIE

Health counselling is een methode gericht op bewuste en doelgerichte communicatie tussen de Health Counselor (arts of verpleegkundige)en een patiënt met als doel de patiënt te motiveren het gezondheidsadvies correct op te volgen en zo nodig vol te houden. Hierbij wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de actieve participatie van de patiënt. Dit model is gebruikt als leidraad voor het effectief produceren en communiceren van de voorlichting die gegeven zal worden. De verwachting is dat er in de praktijk niet een op een gecounseld zal worden, daarentegen wordt dit model door de onderzoekers dus gebruikt als richtlijn.
Het is een geschikte manier voor patiëntenvoorlichting, omdat planmatig een communicatieproces in gang wordt gezet, waarmee veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en sociale invloed en gedrag worden beoogd. Met deze methode kunnen de onderzoekers de voorlichting tot stand brengen en inhoud geven. Door deze aspecten te verwerken in de voorlichting kan er stapsgewijs nagegaan worden wat de inwoners van Bottlebrush qua gedrag missen om hun gezondheid in acht te nemen. De methode zal minder letterlijk gebruikt worden door de onderzoekers, maar de gedachtegang van deze methode is belangrijk genoeg om deze binnen de literatuurstudie te verwerken. Binnen deze methode wordt de kwaliteit van leven per individu nagestreefd. Ook voor dit model geldt dat de toepassing en uitwerking terug te vinden is in de bijlage.

2. HEALTH BELIEF MODEL

De centrale gedachte in het Health Belief Model is dat het besluit van mensen om bepaald gezond gedrag te vertonen, wordt bepaald door de ervaren gezondheidsdreiging (oftewel risicoperceptie) en de evaluatie van het aanbevolen gedrag. In het kort betekend dat: mensen zullen geneigd zijn zich te laten screenen, vaccineren, het advies van hun arts op te volgen of zich anderszins preventief te gedragen wanneer zij denken dat :

- de dreiging van het gezondheidsprobleem groot is (waargenomen dreiging). Dat betekent dat zij bevattelijk zijn voor het gezondheidsrisico (waargenomen vatbaarheid) en dat het risico mogelijk ernstige consequenties heeft (waargenomen ernst).
- hetgeen zij kunnen doen inderdaad effectief is om de kans op of de ernst van de gezondheidsproblemen te verminderen (gedragsevaluatie). Dat betekent dat de voordelen en het gedrag groter zijn dan de mogelijke nadelen (waargenomen voordelen versus waargenomen barrières) (Brug, 2007).

MOTIVATIE

De reden dat deze methode gekozen is door de onderzoekers, is gedaan vanwege het feit dat het belang van effectiviteitsverwachting van de voorlichting uitgezocht moet worden. Wat zorgt ervoor dat de bewoners van de sloppenwijk Bottlebrush (oog)hygiëne en oogproblematiek belangrijk genoeg vinden om hun leefstijl op aan te passen. Want pas dan zal er verandering optreden in de situatie. Daarvoor zal het model doorlopen moeten worden om dit toe te passen op deze individuen. Hiermee kan de kwaliteit van de voorlichting geoptimaliseerd worden. De uitwerking hiervan is terug te vinden in de bijlage.

Bovenstaande modellen zijn uitgewerkt en toegepast in Afrika. Deze zijn terug te vinden in de bijlagen.

TOEGEPASTE GVO, NAAR AANLEIDING VAN DEELVRAAG 2

Ten aanzien van de gedane literatuurstudie is het van belang om de theorie toe te passen op de praktijk, zodat er door middel van theorie aspecten toegepast kunnen worden in de praktijk. Een van de doelen van de onderzoekers is het bevorderen van gezond gedrag ten aanzien van de mensen in de sloppenwijk Bottlebrush. Door de GVO- en gedragsveranderingsmodellen toe te passen in de praktijk wordt de situatie toegepast op de doelgroep en de situatie aldaar en kan daar het bevorderen van het gezonde gedrag op aangepast worden.

Zoals hierboven aangegeven, is er literatuurstudie gedaan om na te gaan hoe het beste gerichte interventies door verpleegkundigen gedaan kunnen worden. Maar de onderzoekers hadden voor vertrek naar Afrika niet voldoende aan de literatuurstudie om geschikte interventies te creëren en toe te passen ter plekke. Dit kwam mede door het feit dat de onderzoekers de situatie in Zuid-Afrika niet persoonlijk kenden van eerdere ervaringen. Het is van belang om kennis te nemen van de situatie daar om gedegen acties te kunnen ondernemen. Deze kennis hadden de onderzoekers niet voor vertrek, waardoor zij beperkt waren in de mogelijkheden om voor vertrek geschikte interventies te maken. Hierdoor hebben de onderzoekers, naast het literatuuronderzoek in Afrika, deze kennis aangevuld, om vervolgens tijdens het verblijf in Afrika de interventies specifieker en gerichter toe te passen.

GVO- CYCLUS

De GVO- cyclus bestaat uit vier stappen die allemaal moet doorlopen om een gezondheidskundig probleem goed aan te kunnen pakken.

4 stappen:
- Stap 1: Gezondheidskundige analyse
- Stap 2: Gedragsdeterminanten
- Stap 3: Gezondheidskundige interventies
- Stap 4: Evaluatie van gezondheidskundige interventies

Binnen gezondheidsvoorlichting zien deze stappen er als volgt uit:
- Stap 1 van de GVO- cyclus begint met het op een systematische wijze inzicht verwerven in een gezondheidsprobleem of doelgroep. Het inzichtelijk maken van het gezondheidsprobleem of de doelgroep vindt plaats in de gezondheidskundige analyse.
- Stap 2 in de gezondheidskundige analyse worden de factoren die het gedrag bepalen inzichtelijk gemaakt. Het gaat dan om het bestuderen van gedragingen die een relatie hebben met het gezondheidsprobleem. Dit zijn de gedragsdeterminanten.
- Stap 3 van de GVO- cyclus is het aanzetten van (patiënten)groepen tot een ander en gezonder gedrag. Dit gebeurt door gezondheidskundige interventies. Pas op het moment van de gezondheidskundige interventies is er sprake van verpleegkundige handelen, met als raakvlak gezondheidsvoorlichting.
- **Stap 4** bestaat uit de evaluatie en het beoordelen van de effectiviteit van het gehele proces. De evaluatie is gericht op het beoordelen van de effectiviteit van de gezondheidskundige interventie als van het gehele proces dat daaraan vooraf is gegaan. Het systematisch doorlopen van de stappen van de GVO- cyclus heeft als doel een gezondheidsprobleem, voor zover mogelijk, op te lossen.

STAP 1: GEZONDHEIDSKUNDIGE ANALYSE

De GVO- cyclus begint met het op een systematische wijze inzicht verwerven in een gezondheidsprobleem. Het inzichtelijk maken van het gezondheidsprobleem vindt plaats in de gezondheidskundige analyse. Daarin wordt het gezondheidsprobleem 'uiteengerafeld'.

Algemene vragen die men zichzelf kan stellen over een gezondheidskundig probleem zijn:
- Wat houdt het onderwerp in?
- Waar komt het voor?
- Hoeveel komt het voor?

Het is dus een verkenning van het onderwerp, er wordt nog niet ingegaan op oorzaken. (Sassen, 2004)

Ter illustratie: wanneer men het onderwerp 'ooghygiëne bij kinderen' kiest, beschrijft men bij deze stap wat ooghygiëne/oogproblematiek bij kinderen precies inhoudt, waar het voorkomt, hoe vaak het in Durban voorkomt enzovoort. Het zijn dus puur feiten die hierbij onderzocht worden om zo een basis te krijgen voor het onderzoek.

TOEPASSEN VAN GVO

In deze draait het gezondheidsprobleem om de aanwezige oogproblematiek in de sloppenwijk Bottlebrush. In het voorjaar van 2011 is een team van Eye-Wave naar Durban vertrokken om daar brillen uit te delen. Tijdens het uitdelen van de brillen, kwam men tot de ontdekking dat de ooghygiëne van de inwoners van Durban te wensen over liet. Tevens weten de mensen wel waar zij naar toe moeten met hun oogproblemen, maar is het vaak niet haalbaar om de juiste disciplines te zien voor hun oogproblematiek vanwege het feit dat er enorme wachtlijsten zijn. Het leven van sommige mensen kreeg een drastische, maar positieve wending, als men een bril ging dragen.
Tijdens deze missie van Eye Wave is men erachter gekomen dat het geven van voorlichting over onder andere ooghygiëne, diverse oogproblematiek kan voorkomen. Om in de toekomst oogproblematiek preventief en curatief te verhelpen , is het belangrijk goede voorlichting te geven aan kinderen en daardoor de kans te verkleinen dat zij een oogziekte oplopen. Het is belangrijk dat er op wordt gelet dat de voorlichting doorgezet wordt nadat het team weg is uit de wijk. Anders zal het effect van de voorlichting stoppen zodra het team terug naar huis is.
Tijdens het onderzoeken viel op dat de hygiëne en in het bijzonder ooghygiëne onder de kinderen, te wensen over liet. Dit gebrek aan goede (oog)hygiëne veroorzaakt voor een deel de oogproblematiek onder kinderen. De ogen zijn in velerlei aspecten enorm belangrijk, maar specifiek bij kinderen om goed te kunnen leren en daarmee dus impliciet om een toekomst op te kunnen bouwen.

Uit onderzoek is gebleken dat 285 miljoen mensen wereldwijd een visuele beperking heeft. 39 miljoen mensen daarvan zijn blind dat is 0.7%, 246 miljoen mensen zijn matig of ernstig slechtziend. 80% van al deze gevallen hebben een vermijdbare oorzaak is aangetoond en 90% van alle mensen met een visuele beperking woont in een ontwikkelingsland. (World Health Organisation. (2011)) Dit heeft te maken met het gebrek aan algemene gezondheidszorg. (Oduntan, 2005)

Er wordt benoemd dat 80% van al deze gevallen vermijdbaar is. Wat betekent dat het voorkomen kan worden. De overgrote meerderheid van alle mensen met oogproblematiek woont in de ontwikkelingslanden. Dat geeft aan dat het van belang is om actie te ondernemen om oogproblematiek terug te dringen, juist omdat de oogproblematiek vermeden kan worden.

STAP 2: GEDRAGSDETERMINANTEN

In de tweede stap van de GVO cyclus worden de factoren die het gedrag bepalen inzichtelijk gemaakt. Het gaat dan om het bestuderen van gedragingen die een relatie hebben met het

gezondheidsprobleem. Dit worden de gedragsdeterminanten genoemd. Het ASE model kan hierbij helpen. Die zal hieronder verder uitgewerkt worden.
In het werkveld van de gezondheidsvoorlichting, -opvoeding en –preventie wordt veel gewerkt met het zogenaamde ASE- model. Het model gaat er vanuit dat veel menselijk gedrag tot op zekere hoogte beredeneerd is. Het model brengt de diverse determinanten in kaart die invloed hebben op gedrag.

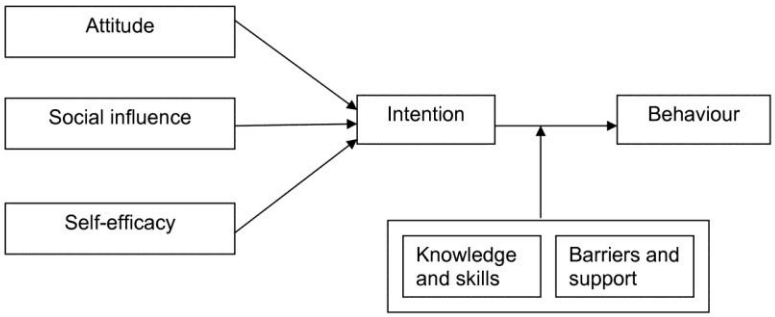
Tijdens het bestuderen van de gedragsdeterminanten wordt gespeurd naar de bepalende factoren van gedrag die het gewenste en het ongewenste gedrag belonen of belemmeren. Dit speuren is gericht op persoonlijke en sociale beloningen en belemmeringen voor het gedrag. Het ASE- model (Brug, 2007) is zeer bruikbaar om gedragsdeterminanten te achterhalen. Het is een model om gedrag 'te verklaren': het geeft zicht op allerlei factoren die gedrag bepalen en op de redenen waarom mensen zich op bepaalde manier gedragen. Het ASE- model is een waardeverwachtingsmodel. Het is bruikbaar in de stap van het bepalen van de gedragsdeterminanten. Uitgangspunt van het ASE-model is dat mensen redenen kunnen aangeven waarom zij zich op een bepaalde manier gedragen.

Het ASE- model geeft zicht op deze redenen van het gedrag:

> *'het leert te zien waar de knelpunten voor verandering precies zitten bij een bepaalde doelgroep. Soms is een doelgroep niet overtuigd van de voordelen van het gedrag. Dan moet een interventie de voordelen van het gewenste gedrag benadrukken. Soms weet de doelgroep niet hoe ze moeten omgaan met problemen die kunnen optreden als ze het nieuwe gedrag wil vertonen. Dan zal de interventie in moeten gaan op hoe het probleem opgelost kan worden. Gedragsdeterminanten moeten aandacht krijgen in een interventie'. (Brug, 2007)*

ASE staat daarbij voor:

- **A**ttitude houden de opvattingen van een persoon in, gebaseerd op bijvoorbeeld kennis, ervaringen en voorbeelden van anderen.
- **S**ociale invloed is de invloed of sociale norm die anderen uitoefenen om bepaalde gedragingen wel of niet te vertonen. De invloed van groepen waartoe de persoon behoort en de drang om zich aan te passen, is hier zeker een belangrijke factor.
- **E**igen effectiviteit is de inschatting of iemand zekere gedragingen wel of niet uit kan voeren. Zelfbeeld, positieve en negatieve ervaringen, faalangst en persoonlijke kenmerken zijn hierbij relevant. Ook invloeden van buitenaf en financiële situatie kunnen meewegen in de eigen effectiviteit.



FIGUUR 1 (BRUG, 2007)

Als er dan gekeken wordt naar de *illustratie* van 'ooghygiëne bij kinderen' kijkt men bij deze stap dus naar de factoren die ervoor zorgen dat ooghygiëne wel dan niet bevordert kan worden.
Bij de A van het ASE model onderzoekt men de opvattingen van deze groep mensen in de sloppenwijk van Durban; wat weten ze over ooghygiëne en wat is hun mening hierover?
Bij de S van het ASE model kijkt men naar de sociale norm die er heerst over hygiëne, is er bijvoorbeeld verschil tussen de stad en het platteland, afkomst, sociale klassen.
Bij de E van het ASE model schat men in wat deze kinderen zelf kunnen doen aan hygiëne. Waar hangt het in acht nemen van hygiëne vanaf? Is er een relatie met financiële mogelijkheden?

TOEPASSING VAN GVO

A: Er is door de onderzoekers nagegaan wat de inwoners van de wijk Bottlebrush weten over oogproblematiek en oog hygiëne. Concluderend kan er gesteld worden dat er veel kennis is over hygiëne, maar dat er daarentegen veel vraag is naar kennis over oogproblematiek. Uit onderzoek van het lesmateriaal blijkt dat er veel aandacht besteed wordt aan de hygiënische stijl van leven. Over oogproblematiek wordt relatief weinig informatie verstrekt. Hierin zijn de onderzoekers door middel van interviews, een focusgroepsdiscussie met de leraren aldaar en het bekijken van de Life Orientation boeken nagegaan waar kennisgebrek is en waar dus behoefte aan zou zijn ten aanzien van de inwoners van de wijk Bottlebrush. Er werd benoemd door de docenten tijdens de focusgroepsdiscussie dat de behoefte om meer kennis te nemen van oogproblematiek zeker aanwezig is. Dit werd bevestigd toen er research gedaan werd in de boeken over Life Orientation. De onderzoekers hebben ondervonden dat er in deze boeken niks te vinden is over oogproblematiek. Hierbij is het van belang om de oorzaken van oogproblematiek na te gaan. Deze worden in de eerste stap van de GVO cyclus al weergegeven.
S: De inwoners van de wijk Bottlebrush zien oogproblematiek als een aspect wat in hun dagelijks leven behoort. Men leert er mee te leven, omdat er nu eenmaal niet veel mogelijkheden zijn om het te veranderen. Men weet over het algemeen dat ze naar een (oog)dokter of opticien moeten met hun oogproblemen. Naar aanleiding van de interviews is er achterhaald dat er onder de bevolking relatief weinig kennis aanwezig is over oogproblematiek. Dit wetende is het dus voor hen relatief moeilijk om te weten wat de symptomen zijn waar op gelet moet worden. Wanneer deze kennis overgedragen wordt en daarna dus aanwezig is, kunnen de inwoners zelf actie ondernemen bij oogproblematiek. Daarom is het van belang om te vertellen welke interventies er ingezet moeten worden wanneer oogproblematiek geconstateerd is. Dit houdt bijvoorbeeld in dat iemand, waarbij staar is geconstateerd, naar het ziekenhuis doorverwezen moet worden. De mensen die in de sloppenwijk wonen hebben weinig mogelijkheden om de faciliteiten van het ziekenhuis te kunnen gebruiken, daar ze geen geld hebben om dit te financieren. Dat betekent dat er wel degelijk verschil is qua voorzieningen bij mensen die werk en inkomen hebben en mensen die geen werk en inkomen hebben. Verder is het bij oogproblematiek ook goed om te realiseren dat bepaalde ziektes erfelijk bepaald zijn of ouderdom als oorzaak hebben, waardoor sommige mensen niet kunnen voorkomen dat oogproblematiek zich voor doet. Samenvattend is het dus reëel om na te gaan in hoeverre de faciliteiten die er zijn in deze sloppenwijk gebruikt kunnen worden door de inwoners van de wijk Bottlebrush, mede gezien het feit dat deze mensen over het algemeen niet de mogelijkheden hebben om het beschikbare te financieren.
E: Ten aanzien van dit aspect is het belangrijk om te realiseren dat mensen die oogproblematiek ervaren hier hinder van hebben en er dus moeite voor zullen doen om dit te verminderen of te voorkomen. Ieder mens heeft namelijk zijn of haar ogen nodig om onafhankelijk en veilig te kunnen (over)leven. Het probleem zal meer onwetendheid en gebrek aan middelen en mogelijkheden zijn dan gebrek aan wilskracht. De inwoners van de wijk Bottlebrush zijn geïnteresseerd als het gaat over oogproblematiek. Het is dus van belang kennis over oogproblematiek over te dragen en hen bewust te maken van de symptomen en signalen die gepaard gaan met oogproblematiek.

STAP 3: GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES

Als een verpleegkundige inzicht heeft in de determinanten die aan het gedrag gerelateerd zijn en het gezondheidsprobleem bepaald heeft, kan zij een poging gaan doen mensen aan te zetten tot ander, gezonder gedrag. Het aanzetten van patiënten (groepen) tot ander en gezonder gedrag vormt de derde stap van de GVO- cyclus. Dit gebeurt door gezondheidskundige interventies.
Voorbeelden van interventies zijn:

- voorlichting geven voor groepen
- een brochure ontwikkelen

- cursus opzetten

Illustratie: Bij het voorbeeld over 'ooghygiëne bij kinderen' kijkt men terug naar de verzamelde informatie bij stap 1 en 2. Komt er uit het onderzoek duidelijk naar voren dat ooghygiëne met name voorkomt bij kinderen waarbij onvoldoende kennis beschikbaar is over goede verzorging, waarbij zij in een omgeving leven waarbij men gezond leven minder belangrijk vindt en waar er geen geld is voor verzorgende middelen, dan bereik t men niet veel met een interventie als een brochure uitreiken. Grote kans dat de brochure ongelezen verdwijnt in de prullenbak. Men bereikt bij dit voorbeeld waarschijnlijk meer met een project in een omgeving waar veel kinderen aanwezig zijn, waarbij kinderen informatie aangereikt krijgen en geïllustreerd wordt wat belangrijk is ten aanzien van ooghygiëne, zodat ze hier op een ongedwongen manier mee aan de slag zouden kunnen.

TOEPASSEN VAN GVO

Om de bewoners van de sloppenwijk Bottlebrush tot gezonder gedrag aan te kunnen zetten, is het van belang om hen bewust te maken van de gevolgen en oorzaken van oogproblematiek. Als zij zich hier van bewust zijn, kunnen zij zich open gaan stellen voor de kennisoverdracht van wat oogproblematiek nu eigenlijk inhoud. Deze kennis wordt overgedragen door voorlichting te geven over oogproblematiek aan de basisschool en de middelbare school. Daarnaast wordt er een programma ontwikkeld waarbij er aanvullend lesmateriaal over oogproblematiek aangeboden wordt aan de docenten, zodat zij continue kennis kunnen overdragen aan de kinderen. Het wordt opgenomen in het lesprogramma dus de kennis over oogproblematiek wordt op deze manier gecontinueerd. Daarnaast hebben we aan de mensen die een bril ontvingen leaflet meegegeven over het hygiënisch omgaan met je ogen om via deze wijze oogproblematiek terug te dringen. Deze leaflet zal ook terug te vinden zijn in de bijlage.

STAP 4: EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES

De systematiek van GVO zoals deze tot uitdrukking komt in de GVO- cyclus wordt afgesloten met het beoordelen van de effectiviteit van het hele proces. De evaluatie is zowel gericht op het beoordelen van de effectiviteit van de gezondheidsdeskundige interventie als van het hele proces dat daaraan vooraf is gegaan.

Voorbeelden van onderdelen van deze stap:

- het implementatieproces beschrijven van de uitgevoerde interventie
- de effectiviteit van de interventie beschrijven; bijvoorbeeld door een enquête te houden, reacties te peilen.

Illustratie: In dit voorbeeld beschrijft men bij deze stap hoe het project opgezet gaat zetten gaat worden en uitgevoerd gaat worden. Vervolgens gebruikt men voor het peilen van het effect ook weer een manier die past bij de uitkomsten van de voorgaande stappen. Een schriftelijke enquête rondsturen zal hier minder aanspreken dan een bijeenkomst waarbij iedereen zijn persoonlijke mening op een ongedwongen manier kan geven.

TOEPASSEN VAN GVO

Zoals hierboven beschreven, is er vorig jaar een team naar de sloppenwijk Bottlebrush gegaan om brillen aan te meten en uit te delen. Hierbij werd er geconstateerd dat er relatief weinig kennis is onder de kinderen over hygiëne. Hier is actie op ondernomen. Er is literatuurstudie gedaan naar de beste manier om (oog)hygiëne over te brengen. Door voor te lichten worden kinderen bewust van hun gedrag ten aanzien van oogproblematiek en daarnaast kan op deze manier kennis overgedragen worden over oogproblematiek om dit te kunnen verminderen of voorkomen. Door middel van een voorlichtingsmethodiek is de voorlichting opgemaakt.

Toen de voorlichting werd gegeven aan verschillende klassen, werd al snel duidelijk dat de kinderen alles weten van hygiëne, maar oogproblematiek daarentegen niet. Nadat de voorlichting gegeven is, zijn er verschillende kinderen uit die klas geïnterviewd, om na te gaan in hoeverre zij nieuwe dingen hadden gehoord. Er werd door allen aangegeven dat ze tijdens de voorlichting niets nieuws geleerd hadden, omdat ze alles over (oog)hygiëne al weten. Gezien het feit dat er weinig bij hen bekend is over oogproblematiek hebben de onderzoekers besloten de totale voorlichting af te stemmen op de behoeftes op het gebied van kennis over oogproblematiek. Dit alles in overeenstemming met de behoeftes van de docenten, de directeur en opdrachtgever.

Om exact te weten welke kennis er door middel van de voorlichting overgedragen zou moeten worden, is er dataverzameling gedaan. De onderzoekers hebben zowel volwassenen als kinderen uit de sloppenwijk Bottlebrush geïnterviewd om na te gaan wat het kennisniveau is met betrekking tot hygiëne en oogproblematiek. Alle respondenten gaven aan veel te weten van hygiëne en ze gaven hier ook voorbeelden bij. Over oogproblematiek daarentegen is relatief weinig bekend. Daarnaast hebben de onderzoekers de boeken over Life Orientation van grade R t/m grade 7 (het betreft hier de leeftijd 6 t/m 12 jaar) doorgenomen om na te gaan wat het lesmateriaal aanbied over (oog)hygiëne en oogproblematiek. Concluderend wordt er veel aandacht besteed aan hygiëne, maar daarentegen niks aan oogproblematiek. Dat bevestigd nogmaals het gegeven dat er voorgelicht moet worden over oogproblematiek, zodat dit verminderd of voorkomen kan worden.

Zodoende is er besloten om een voorlichtingsprogramma te maken voor de docenten waarbij alleen oogproblematiek centraal staat. Doordat de onderzoekers kennis overdragen aan hen kunnen zij het overdragen aan de kinderen. Omdat zij dit aspect kunnen en willen verwerken in hun lesprogramma komt er een continuüm waar de kinderen dus les krijgen over oogproblematiek. In Zuid-Afrika draait het leren om de kracht van herhaling, want door herhaling, wordt er vaker op een boodschap geattendeerd waardoor er een grotere kans is dat de informatie herinnerd wordt. Wanneer de onderwijzers dan besluiten om dit op te nemen in hun lespakket, zal het om de zoveel tijd aan de orde komen. Door deze interventie in te zetten hopen de onderzoekers er op de lange termijn voor te zorgen dat de opgroeiende kinderen een betere toekomst hebben als het gaat om de kwaliteit van hun ogen. Zij kunnen hierdoor namelijk symptomen en signalen opvangen over oogproblematiek. Via deze wijze kan het voorkomen of verminderd worden. Dit alles simpelweg, omdat ze kennis hebben van wat een gezond oog is en wat ongezond oog is.

Het voorstel ten aanzien van de docenten is om periodiek te evalueren over het lesgeven met betrekking tot oogproblematiek. Deze evaluatie zouden de onderzoekers graag zelf willen bewerkstellingen, maar de aanwezige tijd in Afrika is hiervoor te kort.

De GVO- cyclus van gezondheidskundige analyse tot evaluatie verloopt dus in vier stappen. Het systematisch doorlopen van deze stappen heeft als doel een gezondheidsprobleem op te lossen. Dit betekent dat verpleegkundigen met deze systematiek van concrete, logisch opeenvolgende stappen, mensen proberen te bewegen zich anders en gezonder te gaan gedragen.

GEDRAGSVERANDERINGSMODELLEN

Na de GVO- cyclus zullen de twee gedragsveranderingsmodellen toegepast worden op de praktijk. Eerst zal het Health counseling model aan de orde komen, waarna het Health Believe model toegepast wordt.

1. HEALTH COUNSELING

Health counseling heeft als doel patiënten zodanig te begeleiden dat zij:

5. Bewust kiezen voor het gedrag dat ligt opgesloten in het door de Health Counselor gegeven gezondheidsadviezen;
6. Zich optimaal inzetten voor de uitvoering van dat gedrag;
7. Proberen het gedrag ook vol te houden op de lange termijn indien dat nodig is;
8. Leren omgaan met terugval, tijdelijke en totale terugval, als zij het gedrag niet hebben volgehouden.

Op deze wijze draagt Health Counseling bij aan doelstellingen die in de gezondheidszorg van belang worden geacht, namelijk: bevordering van de eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt, bevordering van een succesvol verloop van de therapie, bevordering van het welbevinden van de patiënt en besparing van kosten in de gezondheidszorg.

Drie fasen en zes stappen in het proces van Health Counseling:

Fase 1: Voorbereiding

- *stap 1: bewustwording*; hierbij gaat het erom dat de patiënt tot het inzicht komt, hoe bepaald gedrag van invloed kan zijn, kan voortduren en hoe herstel van de klacht bewerkstelligt kan worden.
- *Stap 2: afweging;* nadat de bewustwording tot stand is gekomen weegt de patiënt de voor- en nadelen af van het gedrag dat hij achterwege moet laten en/of van het nieuwe gedrag.
- *Stap 3: besluitvorming;* willen is nog geen besluiten. Kan de patiënt nu ook besluiten om het geadviseerde gedrag op te volgen?

Fase 2: Afweging

- *Stap 4: gedragsverandering;* de patiënt heeft besloten het geadviseerde gedrag op te volgen. De Health Counselor biedt nu die hulp aan waardoor daadwerkelijke gedragsverandering ook tot stand kan komen. Hierdoor ontvangt de patiënt duidelijke instructies omtrent het nieuwe gedrag.

Fase 3: Nazorg

- *Stap 5: gedragsbehoud;* consolidatie van het nieuwe gedrag is nu het belangrijkste doel. Hierin is het van belang na te gaan waar de risico's liggen voor de patiënt om in het oude patroon terug te vallen.
- *Stap 6: Preventie van terugval.* Het is belangrijk na te gaan waar de hindernissen liggen voor de patiënt en te verifiëren waar deze vandaan komen. (Gerards, 1997)

TOEPASSING

Normaal gesproken is dit een model wat gehanteerd wordt als het gaat om het geven van voorlichting aan één individu. In deze is het model gebruikt om een passende voorlichting te geven aan een grote groep. Dit model is grotendeels als inspiratiebron gebruikt om voorlichting te kunnen geven aansluitend op de doelgroep. De onderzoekers probeerden de mensen die voorlichting kregen zich bewust te maken van het belang van goede (oog)hygiëne en het belang van preventief gedrag ten aanzien van het voorkomen van oogproblematiek aan te kaarten. Dan volgt de stap van afweging. Men gaat zich afvragen in hoeverre het reëel is om iets met de overgebrachte kennis te gaan doen. Het doel was voornamelijk om kennis over te brengen en mensen bewust te maken van het ongezonde gedrag wat nu gehanteerd wordt. Dit doel is behaald door stap 1 en 2 te gebruiken. Jammer genoeg was er niet voldoende tijd om de andere stappen nader uit te lichten. Het verblijf is Afrika was te kort om hier intensiever mee aan de slag te gaan. Hierdoor weten de onderzoekers ook niet wat het resultaat is van de gegeven voorlichting, zoals hetgeen er gedaan is met de kennis waarover men nu beschikt. Dit is een goed punt van aanbeveling.

Het is belangrijk dat de bevolking zich bewust is van de voor- en nadelen van 'nieuwe' gedrag. De voordelen van het nieuwe gedrag is in de hoofdlijn dat oogproblematiek verminderd en voorkomen kan worden door de voorzorgsmaatregelen in acht te nemen. Zoals bijvoorbeeld hygiënisch te werk gaan. Het nadeel, zoals gebleken is, is dat er niet altijd de faciliteiten zijn om dit te realiseren. Veel mensen in Bottlebrush hebben geen eigen tap om water uit te tappen, maar maken gebruik van een algemene tap die wat verder van hun huis staat en waar meerdere gezinnen gebruik van maken. Van deze mensen kan niet verwacht worden dat zij altijd in de mogelijkheid zijn om hun handen te wassen wanneer het eigenlijk zou moeten. Dit is tegelijkertijd ook een hindernis om het gewenste gedrag te kunnen uitvoeren. Therapiediscipline is in deze dus van groot belang om oogproblematiek te voorkomen. Om hier uit verpleegkundig opzicht iets mee te kunnen doen is er een verpleegkundige diagnose opgesteld aan de hand waarvan actie ondernomen is in Durban.

Probleem*:* Therapiediscipline

Samenhangend met:

Etiologie:

Geuit voornemen om risicofactoren te beperken ten aanzien van oogproblematiek.

Zich uitend in:

Symptomen:

Kennis nemen van het preventieprogramma ten aanzien van oogproblematiek en hygiëne.

Beoogde resultaat:

De bewoner van de sloppenwijk te Bottlebrush beschrijft manieren om met oogproblematiek en ooghygiëne om te gaan of deze te voorkomen, zoals bijvoorbeeld zelfzorgtechnieken.

Interventies:

- Bespreek als verpleegkundige mogelijke veranderingen in de toestand van de patiënt die de gebruikelijke manier van met de situatie omgaan kunnen beïnvloeden:
  a. toename hevigheid symptomen
  b. complicaties
  c. bijwerkingen van medicatie
- Adviseer tijdig contact op te nemen met een zorgverlener om mogelijke veranderingen in het omgaan met de voorschriften te bespreken.
- Zorg voor gezondheidsvoorlichting en verwijzingen door middel van bijvoorbeeld folder materiaal. (Carpenito, 2008)

In de praktijk hebben de onderzoekers als student verpleegkundigen ook zeker deze interventies toe kunnen passen bij mensen die aanwezig waren. Er zijn leaflets uitgedeeld, mensen zijn geïnformeerd over behandelingen en de signalen en symptomen zijn kenbaar gemaakt door middel van het geven van voorlichting.

Omdat er geen tijd was om bezig te gaan met het gedragsbehoud is er voor gekozen kennis over te dragen door middel van een voorlichtingsprogramma. Dit programma is overgedragen aan de docenten die dit op kunnen nemen in hun lespakket waardoor op de lange termijn kennis overgebracht kan blijven worden. Aanbevelingen voor de volgende keer is het evalueren van hetgeen er gedaan wordt met de voorlichting; in hoeverre wordt het streven naar het gewenste gedrag gestagneerd? Het gedrag wordt bijvoorbeeld beïnvloed door gebrek aan kennis, middelen en mogelijkheden. De onderzoekers hebben niet voldoende de tijd gehad om na te gaan wat de precieze redenen zouden kunnen zijn waarom mensen het gewenste gedrag niet uitvoeren.

2. HEALTH BELIEF MODEL

De centrale gedachte in het Health Belief Model is dat het besluit van mensen om bepaald gezond gedrag te vertonen, wordt bepaald door de ervaren gezondheidsdreiging (risicoperceptie) en de evaluatie van het aanbevolen gedrag. In het kort betekend dat: mensen zullen geneigd zijn zich te laten screenen, vaccineren, het advies van hun arts op te volgen of zich anderszins preventief te gedragen wanneer zij denken dat :

- de dreiging van het gezondheidsprobleem groot is (waargenomen dreiging). Dat betekent dat zij bevattelijk zijn voor het gezondheidsrisico (waargenomen vatbaarheid) en dat het risico mogelijk ernstige consequenties heeft (waargenomen ernst).
- hetgeen zij kunnen doen inderdaad effectief is om de kans op of de ernst van de gezondheidsproblemen te verminderen (gedragsevaluatie). Dat betekent dat de voordelen en het gedrag groter zijn dan de mogelijke nadelen (waargenomen voordelen versus waargenomen barrières). (Brug, 2007)

TOEPASSING

Van te voren is nagegaan wat het percentage is van het aanwezige gezondheidsprobleem. Door literatuuronderzoek is aangetoond dat 90% van alle mensen met een visuele beperking in een ontwikkelingsland woont. (World Health Organisation. (2011)) Van deze 90% hebben 80% van alle gevallen wereldwijd vermijdbare oorzaken. Dit heeft te maken met het gebrek aan algemene gezondheidszorg. (Oduntan, 2005) Er wordt aangegeven dat de overgrote meerderheid van alle mensen met oogproblematiek in de ontwikkelingslanden woont. Dat geeft aan dat het van belang is om actie te ondernemen om oogproblematiek terug te dringen, juist omdat de oogproblematiek vermeden kan worden. Mensen zijn zich bewust van de dreiging van dit gezondheidsrisico. Ze benoemen in de interviews dat ze graag naar een dokter zouden willen gaan, maar dat daar het geld niet voor is. Wanneer ze wel gaan komen ze op een wachtlijst van minimaal een jaar te staan.
Toch zijn er ook kleine handelingen die gedaan kunnen worden om oogproblematiek te voorkomen. Van deze kennis is men zich vaak niet bewust. Zoals bijvoorbeeld het dragen van een zonnebril om te voorkomen dat pterygium (een oogziekte waarbij overgroeien van het hoornvlies plaatsvindt) niet erger wordt. Maar mensen ervaren zeker de gezondheidsdreiging die er heerst, zoals bijvoorbeeld doordat zij merken dat hun zicht verminderd wordt. Daarnaast zijn er alleen maar voordelen om het gewenste gedrag te gaan vertonen, want daardoor wordt de oogproblematiek op de lange termijn verminderd of voorkomen.

BIJLAGE 3

DEELVRAAG 3

WELKE ASPECTEN VERGROTEN HET EFFECT VAN GEZONDHEIDSVOORLICHTING OP DE LANGE TERMIJN VOOR DE INWONERS VAN BOTTLEBRUSH?

'Geef een man een vis en je voedt hem voor een dag. Leer een man hoe hij moet vissen en je voedt hem voor zijn hele leven.'
- Chinees gezegde -

Dit gezegde is heel typerend voor dit onderzoek. Het is beter om iemand te leren hoe hij iets moet doen dan dat men het voor hem doet. Een van de hoofddoelen van de onderzoekers is om door middel van voorlichting kennis over te dragen aan de bevolking in Bottlebrush te Durban. Dit alles om mensen in staat te stellen om voor zichzelf te zorgen en minder afhankelijk te zijn van anderen als het gaat om kennis over oog hygiëne en oogproblematiek.

Indirect beogen de onderzoekers het doel om het aantal mensen met oogproblematiek te verminderen door middel van kennisoverdracht, zodat zij zelf weten wanneer ze actie moeten ondernemen om oogproblematiek tegen te gaan.

In het volgende hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de vraag hoe het effect van de gezondheidsvoorlichting op de lange termijn vergroot kan worden. Allereerst zal ingegaan worden op de preventieve maatregelen die genomen kunnen worden. Hierna zal kort verteld worden op hoe gedrag ontstaat, waarna uiteengezet wordt hoe gedragsverandering bewerkstelligt kan worden. Vervolgens zal ingegaan worden op welke aspecten vanuit sociaal opzicht belangrijk zijn om gezondheidsvoorlichting effect op de lange termijn te laten hebben. Als laatste wordt een stappenplan aangereikt voor het opstellen van een voorlichtingsprogramma. Op het moment dat deze basis volgens mij stappenplan goed wordt uitgewerkt, biedt het een steviger fundament voor de lange termijn.

PREVENTIEF

Allereerst is het van belang om te voorkomen dat mensen ziek worden. Dit wordt gedaan door mensen bewust te maken van (on)gezond gedrag door middel van onder andere voorlichting. Hierbij speelt preventief te werk gaan door verpleegkundigen dus een belangrijke rol. Vanuit preventie bezien is gezondheidsbescherming een belangrijk middel om te komen tot gezondheidswinst voor de gehele bevolking. Gezondheidsbescherming beoogt een belangrijke bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de volksgezondheid. Bij gezondheidsbescherming gaat het om:

'het opsporen en onschadelijk maken van gevaren voor de gezondheid, die voortvloeien uit de wisselwerking tussen mens en producten' (Sassen, 2004)

Het gaat er dus om de volksgezondheid te verbeteren, door invloeden die een risico (kunnen) vormen voor de volksgezondheid te signaleren en te beperken of te stoppen. Het gaat bij de gezondheidsbescherming om het afwenden van gezondheidsrisico´s van externe factoren door collectieve maatregelen. Als dat vertaald wordt naar de bevolking van Bottlebrush is het van belang om maatregelen te treffen als het gaat om bewustwording. Allereerst is het van belang dat mensen zich bewust zijn van de externe factoren. Pas wanneer hier weet van is, kan er actie ondernomen ter

verbetering van gezond gedrag. Ten aanzien van de oogproblematiek zou dat betekenen dat dit verminderd zou kunnen worden door (oog)hygiëne in acht te nemen. De basis ligt dus bij het bewust maken van externe factoren, zodat er iets aan gedaan kan worden.

In de literatuurstudie hebben de onderzoekers bestudeerd hoe gedrag ontstaat. Hierdoor hebben zij meer inzicht gekregen in hoe dat gedrag (indien ongewenst) veranderd kan worden.

ONTSTAAN VAN GEDRAG

Volgens leertheorieën leren mensen gedrag aan wanneer aan een bepaalde stimulus een beloning wordt gekoppeld. Nieuw gedrag kunnen mensen dus aanleren door zelf een beloning te ervaren als het gedrag uitgevoerd wordt, maar ook door bij anderen te zien dat hun gedrag beloond wordt. (Brug, 2007)

Tijdens de gegeven voorlichting werd door de leerlingen niet direct een beloning ervaren. Wel werd duidelijk voor hen dat er op de lange termijn wel een beloning is, bijvoorbeeld het niet ziek worden als er goede handhygiëne wordt toegepast.

ASPECTEN DIE HET EFFECT VAN GEZONDHEIDSVOORLICHTING OP LANGE TERMIJN VERGROTEN

Wat zorgt er voor dat mensen hun gedrag veranderen en dat dit aangepaste gedrag blijvend is? Pas wanneer er genoeg determinanten zijn die positief gerelateerd zijn aan een gedrag, zullen mensen de intentie hebben of houden om dat gedrag uit te voeren. Helaas gebeurt het vaak dat mensen terugvallen in hun oude gedrag of dat er barrières zijn die de uitvoering in de weg staan.

Om gezondheidsvoorlichting effectief te maken bij mensen zal er gekeken moeten worden naar de aspecten die er voor zorgen dat gezond gedrag al dan niet bevorderd wordt. Om een antwoord te vinden op elke mogelijke vraag die wordt opgeworpen ten aanzien van het bevorderen van gezond gedrag, kan gebruik gemaakt worden van de gereedschappen van de voorlichter. Deze gereedschappen zijn literatuur, theorieën over gedrag en gedragsverandering en aanvullend onderzoek. Daarbij kan vervolgens de volgende procedure gevolgd worden:

- Definieer zorgvuldig de vraagstelling.

- Inventariseer de direct beschikbare kennis; brainstorm over mogelijke voorlopige antwoorden.

- Desk research: zoek literatuur, statistieken of andere documentatie die direct of indirect de vraag kan beantwoorden.

Om vervolgens als verpleegkundige de juiste interventies te kunnen ontwikkelen, zullen er dus voldoende gegevens verzameld moeten worden, zodat de interventies toegepast kunnen worden op elk individu. Hierbij is het van belang om naast de hierboven genoemde procedure, gegevens te hebben over het gezondheidsprobleem, over gezond en ongezond gedrag, over de persoonlijke en omgevingsdeterminanten van gedrag en over de mogelijkheden voor implementatie en evaluatie. Want pas daarna kan de verpleegkundige op professionele wijze een interventie ontwikkelen en kunnen er stappen ondernomen worden. Dit is het begin van een effectieve wijze van voorlichting geven gezien het feit dat er een continue cyclus doorlopen wordt waarbij uiteindelijk geëvalueerd wordt. Deze evaluatie kan de volgende keer weer geïntegreerd worden waardoor de kwaliteit verbeterd wordt en de voorlichting effectiever wordt, omdat deze meer aansluiting vindt bij de doelgroep.

Het tot stand brengen van communicatie is een cruciaal onderdeel van alle gezondheidsvoorlichting. Voorlichting zal geen effect hebben als niemand er belangstelling voor heeft of niemand de boodschap begrijpt of serieus neemt. Ook is voorlichting effectiever naarmate gezondheidsvoorlichters er in slagen om de voorlichting af te stemmen op individuele wensen, behoeften en problemen. (Brug, 2007)

Voor deze beide zaken hebben de onderzoekers gezorgd door een gesprek aan te gaan met de docenten van de school waar op voorlichting werd gegeven. Naar aanleiding van dit gesprek is de voorlichting aangepast en dus beter afgestemd op de wensen, behoeften en problemen die de docenten aangaven. Door het gesprek aan te gaan is de communicatie tot stand gebracht.

Duidelijke en betrouwbare informatie is een belangrijk 'houvast' in een periode van onzekerheid. Dat betekent dat er hoge eisen gesteld mogen worden aan de informatie die men aan mensen geeft. De inhoud van de informatie moet correct zijn en de wijze waarop de informatie wordt gepresenteerd moet aan bepaalde eisen voldoen om te bereiken dat de voorgelichte de informatie op een goede manier verwerkt. Voor deze verwerking is het nodig dat de voorgelichte de informatie kan:

- Horen
- Begrijpen
- Beoordelen
- Aanvaarden
- Onthouden

Het bovenstaande maakt duidelijk dat niet alleen de inhoud, maar vooral ook de presentatie van een 'verhaal' bepalend is of de informatie goed wordt verwerkt. Door een goede presentatie bereik je dat er een band ontstaat tussen je verhaal en de patiënt. Een goede presentatie motiveert de patiënt om te luisteren, stimuleert tot het begrijpen van de informatie, geeft de gelegenheid de informatie te beoordelen en bezit de overtuigingskracht om de informatie te aanvaarden en te onthouden. (Wiel van de, 2005)

Brug (2007) stelt dat als mensen betrokken zijn bij een bepaald onderwerp, zij actief op zoek zullen gaan naar informatie en gemotiveerd zijn om deze informatie zorgvuldig tot zich te nemen en erover na te denken. Het is dus zaak om mensen actief aan het denken te zetten. Een aantal richtlijnen om dit te kunnen bewerkstelligen zijn:

- Presenteer de voorlichtingsboodschap op een ongebruikelijke, nieuwe manier

- Presenteer een afwijkende of onverwachte boodschap

- Gebruik expliciete, persoonlijke verzoeken om aandacht aan de boodschap te besteden.

SOCIALE ASPECTEN

Ook vanuit sociaal opzicht zijn er aspecten voor het standhouden van gezondheidsvoorlichting op de lange termijn. Hierbij gaat het erom dat de voorlichter zich gelijkwaardig opstelt en uitgaat van de kracht van degene die voorlichting ontvangt. Juist door mensen zelfstandigheid te leren, kunnen ze het zelf op de lange termijn voortzetten. Zelfstandigheid leidt tegelijkertijd tot bescherming tegen uitbuiting en het geeft men meer eigen controle over eigen leven en gezondheid.

Zoals hierboven aangegeven is het bij het geven van voorlichting belangrijk om je als voorlichter gelijkwaardig op te stellen.

Door openheid en vertrouwen te creëren, zullen mensen eerder geneigd zijn de voorlichter een kans te geven en te luisteren. Dit zal het effect op langere termijn vergroten, aangezien de voorlichting dan beter ontvangen wordt. Dominantie of een belerende houding zal mensen juist doen afschrikken en als mensen zich niet ontvankelijk opstellen, zal de voorlichting geen tot minder effect hebben. Het is goed van tevoren duidelijk te zijn in wie je bent, waarom je er bent en wat je komt doen.

Vanuit de literatuur wordt er gesproken over partnerschap als goede basis voor een voorlichtingsinterventie op de lange termijn. Partnerschap wordt gedefinieerd als;

'*Een relatie gebaseerd op wederzijds respect waarin verantwoordelijkheid, positieve effecten en kosten worden gedeeld, leidende tot een uitkomst waar beide partijen van profiteren.'* (Lankester, 2007)

Bij partnerschap gaat het dus voornamelijk om gelijkwaardigheid; om het samen streven naar verandering en verbetering.

Doordat er bij partnerschap wordt uitgegaan van de kracht en inzet van de gemeenschap, zal het op lange termijn langer stand houden, omdat de inwoners van de gemeenschap zelf gemotiveerd zijn en de zelfstandigheid aangeleerd krijgen. Dit kan leiden tot een groter waardigheidsgevoel binnen de gemeenschap, de verandering kan aanstekend werken tegenover anderen binnen de gemeenschap en de kans is groter dat er beter om wordt gegaan met aangeboden materiaal, omdat mensen meer betrokken zijn.

Voorlichting in praktijk
Voor het overbrengen van de boodschap is het belangrijk om zichtbaar en/of tastbaar materiaal te gebruiken. Beeldmateriaal is leidend voor analfabeten en ondersteunend bij verbale voorlichting. Bij ondersteunend materiaal kan er gedacht worden aan posters, kaarten met afbeeldingen, verhalen, liedjes, rollenspellen, een dramastuk, dia's, een CD-Rom of bijvoorbeeld informatie of materiaal via internet.

Bij het geven van voorlichting is het van belang dat er niet zomaar informatie wordt overgebracht, maar dat de voorgelichte zich bewust wordt van de boodschap en de verandering of voordelen die deze boodschap met zich meebrengt. Alleen aan kennis hebben mensen niet genoeg; een bepaalde bewustwording, motivatie en stimulans tot het overgaan van actie zal uiteindelijk het daadwerkelijke verschil maken. (Lankester, 2007)

VOORLICHTINGSKUNDE

Binnen dit hoofdstuk zal de basis voor het maken van voorlichting uiteengezet worden. Hiervoor is gebruik gemaakt van een stappenmodel. Na kennis genomen te hebben van de definities van voorlichting zal er nader gekeken worden naar interventies die de effectiviteit van voorlichting vergroten. Vervolgens zal de voorbereidingsfase hiervan worden toegepast op het voorlichtingsprogramma wat voor Jeugd met een Opdracht is ontwikkeld.

Er zijn velerlei manieren waarop voorlichting gedefinieerd kan worden. Het is goed om kennis te nemen van deze drie onderstaande definities om te begrijpen wat voorlichting inhoud en wat het doel is.

- Voorlichting is de verzamelnaam voor alle educatieve of informatieve interventie-activiteiten waarmee personen of organisaties, binnen het kader van een overkoepelende veranderdoelstelling, beogen bij doelgroepen gewenste ontwikkelingen te bevorderen en ongewenste tegen te gaan.
- Voorlichting is een opzettelijke en systematische poging om door middel van het overdragen van kennis en inzicht een ander zodanig te helpen en/of te vormen dat deze in staat is zo zelfstandig en bewust mogelijk en zoveel mogelijk overeenkomstig zijn eigen belang en welzijn ten aanzien van een concreet geval een beslissing te nemen.
- Voorlichting is een professionele interventie om door middel van communicatie vrijwillig gedrag te veranderen in de richting van een verondersteld collectief nut.

Als basis van het maken van een voorlichtingsprogramma is het allereerst van belang om te beseffen dat er inzicht verkregen dient te worden tussen kennen, willen en handelen van de doelgroep die men tegenover zich heeft. Wanneer iemand kennis heeft van een bepaald probleem, maar deze vervolgens niet wil aanpakken, zal het gezondheidsprobleem zich voortzetten. Daarentegen wanneer iemand geen kennis heeft van een gezondheidsprobleem, kan de persoon in kwestie er niets aan doen dat het gezondheidsprobleem zich voortzet. Dit voorbeeld is een belangrijk gegeven die meegenomen moet worden bij het nagaan in hoeverre gezondheidsvoorlichting effectief is. Dus er zal nagegaan moeten worden in hoeverre de kennis er is, of de doelgroep überhaupt het gezondheidsprobleem aan wil pakken wanneer kennis aanwezig is en wanneer beiden aanwezig zijn of er naar gehandeld wordt. Om die reden zijn deze drie aspecten onlosmakelijk met elkaar verbonden.

In het boek Voorlichtingskunde (Röling, 1994) worden vijf voorlichtingsinterventies genoemd die van belang zijn bij het creëren van een voorlichtingsprogramma wat aansluit op de doelgroep. De volgende interventies worden daarbij genoemd:

- Gedragsverandering
- Kennisoverdracht
- Advisering
- Facilitering van leerprocessen
- Organisatieontwikkeling

GEDRAGSVERANDERING

Bij dit begrip vormen degenen die voorgelicht worden een doelgroep. Het gaat erom een bepaald doelgedrag in te voeren. Daarvoor bepaal je sociaal- psychologische determinanten van het gedrag waar je over voor wil lichten. Omdat voorlichting de omstandigheden niet direct kan veranderen, richt men zich op de wijze waarop de doelgroep zin geeft aan de omstandigheden. Hier wordt nagegaan wat de kwaliteit van leven voor hen is. Als dat begrepen wordt, kan er nagegaan worden

wat de nodige interventies zijn om gedragsverandering te bewerkstelligen. Wanneer de voordelen van het streven naar gezond gedrag inzichtelijk gemaakt wordt voor de doelgroep, zal er kennis en bewust wording optreedt wat gedragsverandering bevordert.

KENNISOVERDRACHT

Dit is een uiterst belangrijk begrip binnen het geven van voorlichting dat vermoedelijk meer dan enig andere interventie richting geeft aan investering in voorlichting. Bij kennisoverdracht is de voorgelichte een passieve ontvanger van de kennis die de voorlichter overdraagt. De nadruk ligt hierbij voor de onderzoekers op het zichtbaar maken van de voordelen van het gedrag dat nu gehanteerd wordt door de doelgroep ten aanzien van het nieuwe gedrag wat beter is voor de gezondheid. De doelgroep zal zich bewust moeten worden van de voordelen van het nieuwe gedrag.

ADVISERING

Het verschil tussen kennisoverdracht en advisering is het gegeven dat bij advisering een actieve vraag bestaat naar het advies. Terwijl er bij kennisoverdracht niet eens een vraag hoeft te zijn om voorlichting te geven. Bij dit begrip is er dus een vraag. Aan advisering ligt een marketing metafoor van interventie ten grondslag: er is sprake van een vrijwillige ruil. De voorlichter moet zodanig anticiperen op de vraag dat een goede ruil tot stand kan komen. Daar waar het bij kennisoverdracht om het aanvaardingsproces gaat, is het bij advisering van belang om naar het probleemoplossingsproces te kijken. Probleemoplossingsproces: de patiënt probeert een probleem te definiëren, zoekt naar oorzaken van het probleem, zoekt naar alternatieven om die oorzaken weg te nemen, kiest voor een alternatief, implementeert het en evalueert het resultaat. Afhankelijk van de doelgroep zal de voorlichter dus een samenstelling moeten maken van kennis en vaardigheden om zo aan de behoeftes te kunnen voldoen en in te kunnen spelen op de veranderingen.

FACILITEREN VAN LEERPROCESSEN

De voorlichting is op het vermogen van het oplossen van eigen problemen gericht ten aanzien van de doelgroep. Er zal een stuk kennisoverdracht gedaan worden door de voorlichters, maar vervolgens zal de voorgelichte uit ervaring weten hoe processen in elkaar steken. Wanneer een inwoner van de wijk Bottlebrush te horen krijgt dat het erg belangrijk is om handen te wassen alvorens aan je ogen te komen, omdat dit de kans op oogziektes sterk verminderd, kan dit in de praktijk niet haalbaar zijn. Dat betekent dat het niet haalbaar is om dit gedrag te gaan veranderen, maar het gaat er hierbij om dat de doelgroep het vermogen creëert om hun eigen problemen op te lossen. Hierbij ligt de nadruk op het vermogen conclusies te trekken en besluiten te nemen door de eigen gedane observaties van de doelgroep. Men leert via deze wijze leren. De planning van dit soort voorlichting is dus niet gericht op een bepaald inhoudelijk resultaat. In feite is de uitkomst niet belangrijk daarentegen gaat het om het proces.

ORGANISATIEONTWIKKELING

Organisatieontwikkeling is in zekere zin een variant op het faciliteren van leerprocessen, maar wel met heel eigen accenten. Het gaat om het vergroten van het vermogen van een collectief om eigen problemen op te lossen en van elkaar te leren. Daarbij wordt de aandacht van de voorlichting gelegd op het vinden van een gezamenlijke visie ten aanzien van perspectieven en intenties. Het lastige binnen dit begrip is het gegeven dat het de coördinerende krachten bepalen of mensen al dan niet bereid zijn een gemeenschappelijke platform ontwikkelen. Daarin spelen de verschillen qua macht ook. (Röling, 1994)

TOEPASSING:

Deze vijf voorlichtingsinterventies zijn van belang geweest tijdens het geven van de voorlichting aan de kinderen van de basisschool Brooklyn Heights. Bijna alle interventies zijn de revue gepasseerd, al heeft de een duidelijkere rol gespeeld dan de ander. Het voornaamste doel van de onderzoekers was om in Afrika kennis over te dragen met betrekking tot oog hygiëne en oogproblematiek. Daardoor sluit de interventie van kennisoverdracht het beste aan op de ondernomen acties aldaar. Doordat er na de kennisoverdracht, in de vorm van een presentatie, door de aanwezigen vragen werden gesteld met betrekking tot (oog)hygiëne en oogproblematiek, hebben de onderzoekers het aspect van advisering op een beknopte manier in praktijk kunnen brengen. Daarnaast zijn zij bezig geweest met het faciliteren van leerprocessen door het aangepaste voorlichtingsprogramma en de verantwoordelijkheid van het implementeren daarvan over te dragen aan de docenten van de basisschool Brooklyn Heights.
Met de ervaringen en inzichten die de onderzoekers daar opgedaan hebben, kunnen zij nu gerichte conclusies trekken en aanbevelingen doen ten aanzien van het geven van voorlichting. Deze zullen terug te vinden zijn in de hoofdstukken conclusies en aanbevelingen.

EEN MODEL VOOR PLANMATIG VOORLICHTEN

Van te voren zal nagedacht moeten worden over:

- De keuzes met betrekking tot voorlichtingsdoelen
- Doelgroepen
- Inhoud van de boodschap
- Methoden en media
- Organisatie van de werkzaamheden

PLANMATIG VOORLICHTEN

1. Opstellen van plan
   1.1 keuzes verantwoorden
   1.2 de keuze van instrumenten: eerste voorsortering
   1.3 nadere analyse van achtergronden van het te veranderen gedrag
   1.4 keuzes over communicatie met de doelgroep over te ontwikkelen maatregelen

2. Opstellen van het plan voor de totale voorlichting
   2.1 uitleg geven waarom er voor voorlichting gekozen is in plaats van andere instrumenten om kennis over te brengen
   2.2 samenhangende keuzes m.b.t. doel, doelgroep, inhoud, methoden en organisatie van de werkzaamheden
   2.3 maken van een evaluatieplan

3. Ontwikkelen van voorlichtingsactiviteiten
   3.1 het maken van een ontwerp voor de boodschap

4. Uitvoering van voorlichtingsactiviteiten
   4.1 starten van de werving, verspreiding, in contact treden

5. Evalueren van het effect van de voorlichting
   5.1 evaluatie van voorlichtingsdoelen

UITWERKING VAN HET PLAN

In onderstaand deel zal de eerste stap van het planmatig voorlichten worden uitgewerkt, ter verduidelijking van de beginfase die de onderzoekers hebben doorlopen. De daarop volgende stappen zijn uitgewerkt in het onderzoek zelf. De eerste evaluatiefase is tijdens het proces in Afrika

doorlopen. Na het draaien van de oorspronkelijk opgezette voorlichting, hebben de onderzoekers geëvalueerd met de docenten om vervolgens aanpassingen en vervolgstappen vast te stellen. Een evaluatie over de aangepaste voorlichting heeft niet plaats kunnen vinden door het feit dat de voorlichting op de laatst aanwezige dag in Afrika is overgedragen en er vervolgens in Nederland geen mogelijkheid tot communicatie was met de Afrikaanse docenten. Daarnaast hebben de onderzoekers om die reden ook niet kunnen vaststellen in hoeverre de aangepaste voorlichting is geïmplementeerd en wat het effect daarvan is. Naar aanleiding daarvan is het niet mogelijk voor de onderzoekers om concrete verbeterpunten voor het vervolg aan te dragen, ten aanzien van de inhoud en overdracht van de aangepaste voorlichting.

1. OPSTELLEN VAN PLAN

1.1 KEUZES VERANTWOORDEN

Voordat de onderzoekers aan de voorlichting begonnen hebben zij de literatuur erop nageslagen om na te gaan wat een effectieve voorlichting kan bevorderen. Aan de hand van het model van het boek Voorlichtingskunde hebben de onderzoekers besloten aan de hand van een methode de voorlichting vorm te geven. De reden dat er voor deze methode gekozen is, is het feit dat het overzichtelijk weergeeft wat een goede voorlichting behoort in te houden. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een evaluatie waarin er nagegaan kan worden of deze voorlichting wel dan niet effectief is. Omdat deze voorlichting een pilot is, werd de evaluatie als een belangrijk punt beschouwd.

De voorlichting voor kinderen met oogproblematiek is een educatieve voorlichtingsactiviteit, welke is opgezet in opdracht van Jeugd met een Opdracht ter name van Eye Wave.
De voorlichtingsactiviteit is educatief van aard, zodat oogproblematiek voorkomen en verminderd kan worden bij de inwoners van de wijk in Bottlebrush. Het gaat er uiteindelijk om dat de doelgroep zichzelf leert te helpen. Een belangrijk kenmerk van een educatief voorlichtingsactiviteit is dat de doelgroep gemotiveerd wordt aan de eigen behoeften vorm te geven.

Uit onderzoek is gebleken dat 285 miljoen mensen wereldwijd een visuele beperking hebben. 39 miljoen mensen daarvan zijn blind dat is 0.7%, 246 miljoen mensen zijn matig of ernstig slechtziend. Tachtig procent van al deze gevallen hebben een vermijdbare oorzaak is aangetoond en 90% van alle mensen met een visuele beperking woont in een ontwikkelingsland (World Health Organisation, 2011). Dit heeft te maken met het gebrek aan algemene gezondheidszorg. (Oduntan, 2011)

Er wordt benoemd dat 80% van al deze gevallen vermijdbaar is. Dat betekent dat het voorkomen zou kunnen worden, met de juiste interventies. De overgrote meerderheid van alle mensen met oogproblematiek woont in de ontwikkelingslanden. Dat geeft aan dat het van belang is om actie te ondernemen om oogproblematiek terug te dringen, juist omdat de oogproblematiek voorkomen kan worden. Het doel van deze educatieve voorlichtingsinterventie in deze is dat de onderzoekers nastreven om door middel van voorlichting over (oog)hygiëne, de oogproblematiek in de wijk Bottlebrush te verminderen en te voorkomen.

Voor deze educatieve voorlichtingsactiviteit is ervoor gekozen door de onderzoekers om de aandacht te richten op de kinderen, omdat het kind door deze voorlichting van jongs af aan leert wat een gezonde leefstijl is.
De kinderen zijn de toekomst van de maatschappij in Durban en omstreken. Daarnaast zijn kinderen nog minder gehecht aan vaste gewoonten en kunnen daardoor zich makkelijker aanpassen. Bij hen valt veel winst te halen als het gaat om het voorkomen van bepaalde ziektes door levensstijl de aan te passen. Hierdoor kan de kwaliteit van leven bevordert worden voor hen, omdat zij in hun verdere leven hopelijk geen oogproblematiek krijgen met bijvoorbeeld blindheid als gevolg. Het is van belang dat de kinderen (en de ouders) vooral leren hoe ze hun leefstijl moeten veranderen. De kinderen hoeven ook niet te gedetailleerde achtergrondinformatie hierover te verkrijgen, want ze kunnen

beter veel oefenen met praktijksituaties, zodat ze leren hoe ze de theorie in de praktijk moeten toepassen. Door verschillende onderwerpen door elkaar te behandelen kunnen ze de draag van het verhaal kwijt raken. Kinderen kunnen zich de theorie eigen maken door middel van opdrachten en spelletjes. Uit diverse interviews is gebleken dat kinderen baat hebben bij interactie, zodat zij hun aandacht erbij kunnen houden.

De educatieve voorlichtingsactiviteit zal gegeven worden door student-verpleegkundigen met op de achtergrond een lerares, opticien en optometrist die ter ondersteuning aanvullingen kunnen geven.

Er zal door de onderzoekers ook aandacht besteed worden aan de ouders en leraren van de kinderen. Zij zijn degenen die als voorbeeldfunctie fungeren namelijk.

1.2 DE KEUZE VAN INSTRUMENTEN: EERSTE VOORSORTERING

Als onderzoekers hebben we ervoor gekozen gebruik te maken van leaflets, een bruin kartonnen illustratief gezicht, liedje over handhygiëne, afbeeldingen, een quiz en een PowerPoint Presentatie.

1.3 NADERE ANALYSE VAN ACHTERGRONDEN VAN HET TE VERANDEREN GEDRAG

Nu duidelijk is wat de doelgroep is waar voorlichting aan gegeven zal worden, is het van belang om na te gaan wat de gedragsdeterminanten zijn die van invloed zijn op het streven naar gezond gedrag van de kinderen in de sloppenwijk Bottlebrush. Aan de hand daarvan kan nagegaan worden in hoeverre die gedragsdeterminanten het welzijn van deze populatie bevordert of tegengaat. Hier kan de voorlichting op aangepast worden.

Leefomgeving:
Bottlebrush is een sloppenwijk van ongeveer anderhalve vierkante kilometer, liggend aan de rand van een luxe winkelcentrum, te Durban. In Bottlebrush leven ongeveer 17.000 mensen, waarvan ongeveer 4.000 – 6.000 kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar. Sloppenwijken worden door burgers gedefinieerd als ‘de plek waar verdorvenheid en ziekte heerst, hen die te lui zijn om werk te zoeken worden er geherbergd. (Marx& Charlton 2003)

Sloppenwijken worden gekarakteriseerd door ‘structuren die gebouwd zijn’ van materiaal wat gevonden wordt, zoals golfplaten, plastic, hout en metalen platen. Soms gebruikt men ook gevlochten rijswerk of pleisterkalk. Vloeren worden gemaakt door de aarde te bedekken met tapijt of linoleum. Sanitair bestaat uit een gat in de grond als toilet. Water is verkrijgbaar bij plaatselijke tappunten en natuurlijke bronnen als rivieren.

Welzijn van de bevolking binnen Bottlebrush:
Over het algemeen zijn de inwoners van de sloppenwijken minder tevreden met hun leven. Dit is gebleken uit onderzoek waarin 29% van de zwarte Afrikanen tevreden is met hun leven, tegenover 75% van de blanke Afrikanen. (Marx& Charlton 2003) Tijdens gesprekken, gevoerd door de onderzoekers met de inwoners van de sloppenwijken, spraken enkelen over vrienden en kennissen van buiten de sloppenwijken, die neer kijken op de manier waarop zij leven. Ook spraken de inwoners over verlegenheid en de moeilijkheid om mensen uit de stad uit te nodigen voor bezoek, vanwege de armoedige woonomstandigheden (modder, stank, kakkerlakken, ratten, vliegen en vuilnis).
Over het algemeen worden inwoners van sloppenwijken gezien als een belasting voor de samenleving. Zij worden bestempeld als lui, hebben een gebrek aan intelligentie of doen misplaatste uitgaven. Er wordt onderscheid gemaakt in mensen die plotseling / tijdelijk arm zijn, zij worden gezien als degene die moeite doen om uit die armoedige situatie te treden, zij ontvangen weinig

support van de samenleving. Er zijn ook mensen die worden gezien als mensen die ervoor kiezen arm te zijn, zij ontvangen dan ook weinig support van de samenleving.

Gedrag van de bevolking te Bottlebrush:
Om gedragsverandering te bewerkstelligen, zal er nagegaan worden wat de sociaal- psychologische determinanten zijn. Zo kan er inzicht verkregen worden in het te veranderen gedrag. Ongezond gedrag is namelijk een van de belangrijkste oorzaken van vermijdbare ziekte en sterfte in Afrika. De vraag die centraal staat bij de onderzoekers is dus: 'Hoe kan het gewenste gedrag worden bevorderd?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk om inzicht te hebben in de achtergronden of determinanten van gedrag (dat zijn de factoren die het gedrag bepalen).

1.4 KEUZES OVER COMMUNICATIE MET DE DOELGROEP OVER TE ONTWIKKELEN MAATREGELEN

Het is niet voldoende een bepaalde hoeveelheid informatie, in welke vorm dan ook, bij de patiënt te droppen, er moet sprake zijn van tweerichtingsverkeer. De voorlichter moet openstaan voor wat er in de patiënt leeft, zodat deze kan openstaan voor wat de voorlichter te bieden heeft. Goede voorlichting maakt de patiënt tot compagnon in de behandeling van zijn chronische aandoening. (Bouwma. (2010))

BIJLAGE 4

DEELVRAAG 4

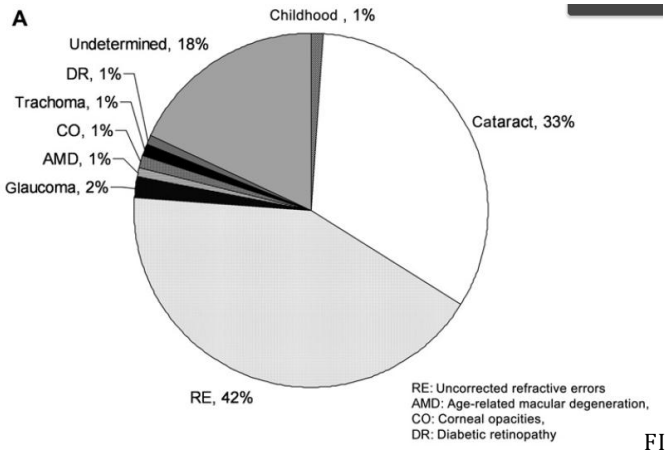
WAT IS DE MEEST VOORKOMENDE OOGPROBLEMATIEK IN BOTTLEBRUSH, GEBASEERD OP LEEFTIJD EN PREVALENTIE?

INLEIDING

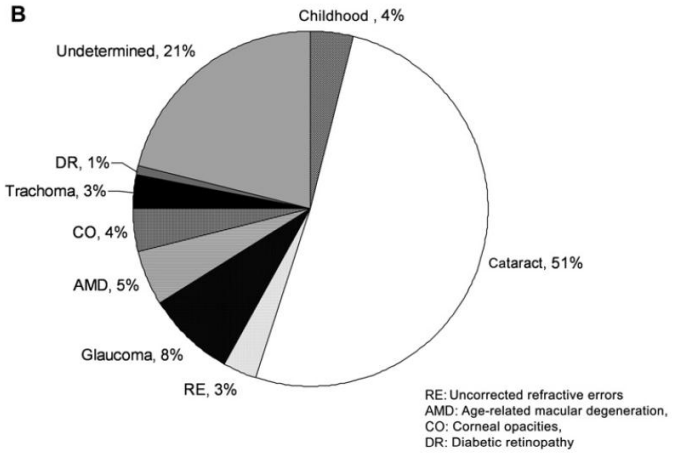
Met deze deelvraag wordt getracht een antwoord te geven op de vraag welke oogaandoeningen er voorkomen in het te bezoeken gebied. Om een goede afweging en verantwoording te kunnen geven voor de uiteindelijke voorlichting, wordt in de literatuur onderzoek gedaan en bij organisaties nagevraagd welke problemen er spelen, zodat deze in de voorlichting kunnen worden verwerkt. Aangezien de voorlichting vooral gericht is op kinderen, wordt zo mogelijk specifiek gekeken naar de prevalentie onder kinderen.
Bij het bepalen van de in de voorlichting te gebruiken oogproblematiek is ook rekening gehouden met de wens van de organisatie. Naar aanleiding van de problematiek die zij het voorgaande jaar in Bottlebrush tegen zijn gekomen zijn drie ziektebeelden naar voren gekomen die zij graag naar voren zouden zien komen in de voorlichting.

OOGPROBLEMATIEK WERELDWIJD

Volgens de WHO zijn wereldwijd 285 miljoen mensen visueel beperkt. Daarvan zijn 39 miljoen mensen blind en 246 miljoen matig of ernstig slechtziend. Van alle mensen die visueel zijn beperkt woont 90% in een ontwikkelingsland en 80% heeft een vermijdbare oorzaak (World Health Organisation, 2011). De meest voorkomende oorzaken van slechtziendheid zijn refractie afwijkingen (43%), cataract (33%), en glaucoom (2%) (zie figuur 2). Voor blindheid zijn dit cataract (51%), glaucoom (8%) en leeftijdsgebonden maculaire degeneratie (5%) (zie figuur 3). (Pascolini et al., 2011)
In de landelijke gebieden zijn ook infectieziekten en slechte voeding een veelvoorkomende oorzaak van blindheid. (Oduntan, 2005)



FIGUUR 2 (PASCOLINI, 2011)



FIGUUR 3 (PASCOLINI, 2011)

OOGPROBLEMATIEK AFRIKA

Verder kijkend naar het Afrikaanse continent, ligt het percentage blinden op 1.4% in de landen ten zuiden van de Sahara, tegenover 0.7% wereldwijd. Dit heeft te maken met een gebrek aan algemene gezondheidszorg. (Oduntan, 2005) Ook in deze regio is cataract de hoofdoorzaak van blindheid. Trachoma komt op de tweede plaats, maar deze aandoening is uitgesloten in Zuid-Afrika.

In Zuid-Afrika is ongeveer 0.5% van de bevolking blind. Aanzienlijk minder dan de 1.4% in overige Zuid-Afrikaanse landen (Pascolini, 2011). Onder kinderen in Zuid-Afrika zijn andere oorzaken van blindheid te zien dan de oogziekten die wereldwijd onder de bevolking voorkomen: Vitamine A deficiëntie, infecties en genetisch geërfde afwijkingen. De meest voorkomende genetische aandoeningen zijn retinis pigmentosa, albinisme, cataract en glaucoom. Geboorte gerelateerde afwijkingen zijn retinopathie en prematurisme. (Oduntan, 2005)

OOGPROBLEMATIEK IN BOTTLEBRUSH, DURBAN, ZUID-AFRIKA

Informatie over de voorkomendheid van oogproblematiek in Zuid-Afrika en specifiek in Durban (Bottlebrush) is nauwelijks te vinden. Onderzoek onder opticiens en andere teamleden die vorig jaar met het EyeWave team zijn mee geweest, bracht naar voren dat cataract, pink eye, pterygium, xerofthalmie en glaucoom behoren tot de meest voorkomende oogproblematiek in Bottlebrush. Een bezoek aan de ICEE, waarvan het hoofdkantoor is gevestigd in Durban, heeft opgeleverd dat refractieve afwijkingen en cataract voorkomen in Bottlebrush. In tegenstelling tot vitamine A deficiëntie en trachoma. De keuze voor de voor de ziektebeelden die behandeld worden in de voorlichting is tot stand gekomen naar aanleiding van deze informatie.

(SOCIALE) GEVOLGEN VAN OOGPROBLEMATIEK

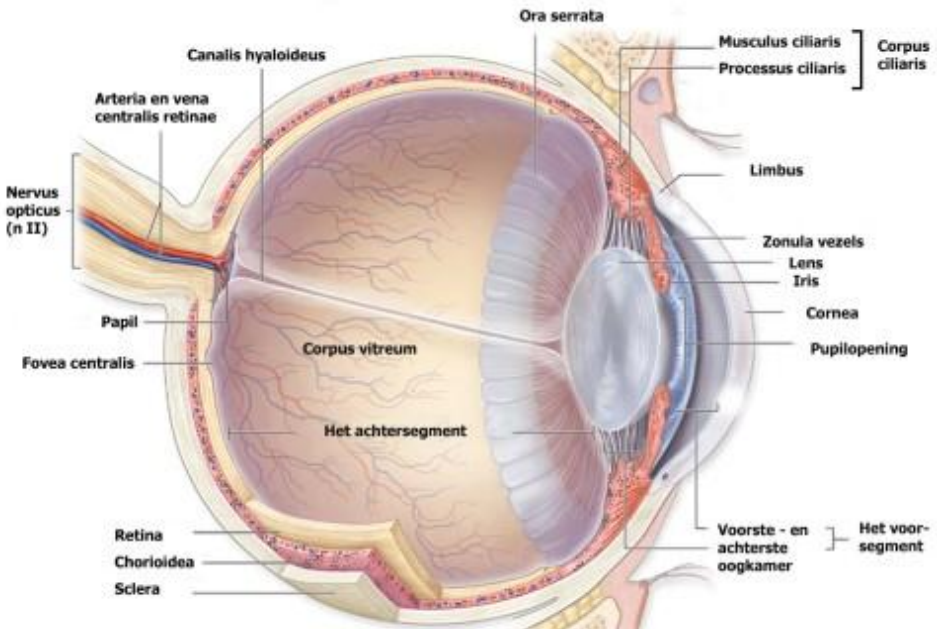
Gezichtsverlies heeft niet alleen fysieke gevolgen, maar psychosociaal kunnen mensen net zo goed problemen ondervinden. Zo is aangetoond dat slechtziendheid een relatie heeft met depressie. (Unite For Sight, 2011) Iemand die slecht ziet, is afhankelijk van anderen. Ze kunnen niet goed hun werk uitvoeren en hebben soms hulp nodig bij het verplaatsen, omdat ze de weg niet goed kunnen zien. Dit heeft vaak tot gevolg dat deze mensen in een isolement terecht komen. (Himalayan Cataract Project, 2012)
Zoals slechtziendheid voor volwassenen voor problemen zorgt, geldt dit ook voor kinderen. In ontwikkelingslanden sterft de helft van de kinderen die blind worden binnen twee jaar. Daarnaast lijden ze aan sociale, economische en persoonlijke ontberingen. Het slechte zicht heeft gevolgen voor de ontwikkeling van het kind, omdat het onderwijs voor hen moeilijker te volgen is. Door dit gebrek aan onderwijs krijgen deze kinderen niet de kans verder te leren, wat resulteert in een negatief toekomstperspectief. (The Fred Hollows Foundation, 2010)

ANATOMIE EN FYSIOLOGIE VAN HET MENSELIJK OOG

Het oog is het gezichtsorgaan dat behoort tot de klassieke zintuigen. Het is nagenoeg bolvormig en ongeveer 2.5 centimeter in doorsnede, en ligt in de oogholte. Het oog werkt als ontvanger die signalen uit de omgeving opvangt en doorgeeft aan de hersenen. In de hersenen worden deze signalen omgezet in waarnemingen.

OPBOUW VAN HET OOG

De oogbol heeft drie weefsellagen. Een buitenlaag van bindweefsel ofwel de oogrok (sclera) en het hoornvlies (cornea). Een vasculaire middenlaag (uvea), bestaande uit vaatvlies (choroidea), straallichaam (corpus ciliare) en de iris. Een binnense zenuwlaag, het netvlies (retina).
De structuren binnen de oogbol zijn de lens, het oogvocht en het glaslichaam.



FIGUUR 4 (OOGPLEIN, 2009)

HET BINNENSTE VAN HET OOG

Het oog bestaat uit twee delen, het voorste en het achterste deel. Het voorste deel begint bij het achterste deel van de cornea en loopt tot de lens. Het achterste deel is de ruimte tussen het achterste oppervlak van de lens en de retina.
De voorste ruimte is bestaat uit een voorkamer en achterkamer, waarbij de iris de kamers niet geheel sluitend verdeeld. Deze ruimtes zijn gevuld met kamerwater (humor aquosus), afgescheiden door de epitheelcellen in het straallichaam, die zich bevindt in de achterste kamer. Deze vloeistof levert niet alleen voedingsstoffen en verwijdert afvalstoffen uit het hoornvlies en de lens, het zorgt ook voor het behoud van de oogdruk: 10-20 mmHg. Deze humor aquosus stroomt van de achter- naar de voorkamer door de pupil, waarna het in het Schlemm's-Kanaal stroomt en wordt afgevoerd naar de veneuze circulatie.
Het achterste deel van het oog wordt gevuld met het glaslichaam (corpus vitreum). Deze zachte, kleurloze dooraichtige substantie bestaat voor 99% uit water, de rest is zout en glycoproteïne. Het zorgt voor voldoende oogdruk om het netvlies en het vaatvlies op zijn plaats te houden en voorkomt dat de wanden van de oogbol in elkaar zakken (zie figuur 5).
(Waugh et al., 2007; Monahan, 2007)

BELANGRIJKE WEEFSELS VAN HET OOG

CORNEA

Het oogwit (sclera), loopt aan de voorkant door als een helder doorzichtig epitheelvlies: het hoornvlies (cornea). Het hoornvlies is bol om de lichtstralen die er doorheen komen zodanig te buigen dat hun brandpunt op het netvlies valt. De epitheellaag van het hoornvlies heeft de eigenschap zichzelf te kunnen vernieuwen bij beschadiging. Ook heeft het zenuwuiteinden waardoor irritatie, zoals stof in het oog, gevoeld kan worden.

PUPIL

De iris is het kleurende deel rond de pupil. Het bestaat uit pigmentcellen en twee lagen glad spierweefsel, rond en radiaal. Deze spieren kunnen samentrekken en verwijden door de parasympatische en sympathische zenuwen. Hierdoor wordt de pupil wijder bij weinig licht of het kijken naar dichtbijgelegen voorwerpen en nauwer bij veel licht.

LENS

Nadat lichtstralen door het hoornvlies zijn gevallen, stelt de lens deze verder scherp. De lens kan spannen en ontspannen, afhankelijk van de afstand van de lichtstralen. Om een voorwerp van veraf scherp te kunnen zien, is de lens platter. De lens wordt dikker wanneer iets bekeken wordt wat zich dichter bij het oog bevindt. Deze breking van lichtstralen wordt refractie genoemd.

RETINA

Dit is het netvlies, de binnenste laag van de oogwand, waarvan hij driekwart beslaat. Het bestaat uit diverse lagen zenuwcellichamen en heeft daardoor een uiterst fijne structuur geprikkeld te worde door lichtstralen. De lichtgevoelige laag bestaat uit zintuigreceptorcellen: 120 miljoen staafjes en 6.5 miljoen kegeltjes, die lichtstralen omzetten in zenuwimpulsen. Kegeltjes zijn verantwoordelijk voor het zien van licht. Ze zien echter geen kleur. Staafjes zorgen ervoor dat er gedetailleerde en gekleurde beelden gevormd kunnen worden. Pigmentcellen achter de staafjes en kegeltjes absorberen het licht en voorkomen zo reflectie binnen het oog.
Bijna midden in ligt de gele vlek (macula retinae). Deze heeft een kleine holte, de fovea centralis, die alleen uit kegeltjes bestaat. Naar het voorste deel van het netvlies toe zijn er meer staafjes.
In het midden, 0.5 cm naast de gele vlek, bevindt zich de blinde vlek. (Waugh, 2007; Monahan, 2007; Dorling, 2006)

OPTISCHE ZENUW

De optische zenuw wordt gevormd door het bij elkaar komen van de retina, de blinde vlek (discus nervi optici), waarin geen lichtgevoelige cellen voorkomen. De nervus opticus is de tweede hersenzenuw. Lichtstralen die zijn geabsorbeerd door de retina, veranderen in elektrische impulsen en worden zo door de optische zenuw naar de visuele cortex in de hersenen getransporteerd. Waar een gedeelte van de zenuwen elkaar kruist, zit het chiasma opticum. Hierna gaan alle signalen die uit het linker deel van het gezichtsveld komen, naar het ziencentrum rechts in de hersenen. De signalen die uit het rechter gezichtsveld komen, gaan naar het linker ziencentrum.
(Waugh, 2007; Monahan, 2007; Het Oogziekenhuis Rotterdam, 2012A; Stilma, 2008)

OOGAANDOENINGEN

CATARACT

Deze aandoening wordt in de volksmond ook wel staar genoemd. Het is een vertroebeling (opaciteit) van de lens waardoor het zicht verminderd wordt. Wanneer de lens troebel wordt, kan licht het netvlies minder goed bereiken. Hoewel de aandoening zelf pijnloos is, kan uiteindelijk blindheid optreden. (Het Oogziekenhuis Rotterdam, 2012B)

VORMEN VAN STAAR

De lens bestaat uit een aantal lagen: een lenskapsel, de schors (cortex) en de kern (nucleus). Het cataract kan dan ook bestaan uit verschillende vormen .
Capsulair: een troebeling van het kapsel.
Subcapsulair: een troebeling net onder het kapsel.
Corticaal: troebeling van de schors (deze troebelingen zijn meestal wit).
Nucleair: een troebeling van de kern (meestal groen-bruin van kleur).
Deze vormen kunnen ook in combinaties voorkomen, bijvoorbeeld cortico-nucleair. (Hoppenreijs, 2004A)

OORZAKEN VAN STAAR

De aangeboren vorm van cataract is zichtbaar bij de geboorte. Dit kan erfelijk bepaald zijn of bijvoorbeeld komen doordat de moeder is blootgesteld aan het rubella virus in de eerste 6-7 maanden van de zwangerschap en is te verhelpen met vaccinaties.
Cataract dat ontstaat door het ouder worden (seniel cataract) is de meest voorkomende variant, en kan niet worden voorkomen. De eiwitten in de lens gaan in de loop der jaren samenklonteren, water hoopt zich op en er is een toename van natrium, waardoor de lens minder helder wordt omdat de normale toestand van het weefsel wordt aangetast. De snelheid van verslechtering is van persoon tot persoon verschillend.
Overige oorzaken die staar als gevolg kunnen hebben zijn bepaalde stofwisselingsziekten zoals suikerziekte, oogaandoeningen (inwendige ontstekingen), medicijngebruik waarvan prednison een veelvoorkomend voorbeeld is, oogverwondingen door een scherp voorwerp of een kneuzing en chemische letsel, en na bijvoorbeeld oogoperaties of bij bepaalde syndromen.
Cataract komt meer voor bij vrouwen dan mannen (respectievelijk 65% en 35%). (Monahan, 2007)

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

Minder en wazig zien, zowel op afstand als dichtbij. Bijvoorbeeld autorijden, tv kijken, lezen.
Dubbelzien en schaduwbeeld met een oog, door een onregelmatige lichtbreking in de troebele lens, er ontstaan meer beelden. Is dit het geval alleen als er met twee ogen gekeken wordt, komt dit meestal niet door staar.
Kleurverandering, de omgeving lijkt grauwer en minder kleurrijk.
Verblinding of schitteringen, last hebben van tegenlicht (autolampen en zonlicht), ontstaat door lichtverstrooiing in de troebele ooglens en heeft een verblindend effect.
In korte tijd vaker sterkere glazen nodig hebben om goed te kunnen blijven zien.

BEHANDELING

Een cataract is niet medicamenteus te behandelen. Wanneer de klachten zo erg worden dat de normale dagelijkse bezigheden niet goed meer uitgevoerd kunnen worden, is de enige optie voor behandelen een operatie. De troebele lens wordt hierbij met microscopische precisie door middel van een klein sneetje van enkele millimeters in het hoornvlies verwijderd. Vervolgens wordt een

nieuwe kunststof lens geplaatst.
(Hoppenreijs, 2004A; Het Oogziekenhuis Rotterdam, 2012C)

INFECTIES EN ONTSTEKINGEN

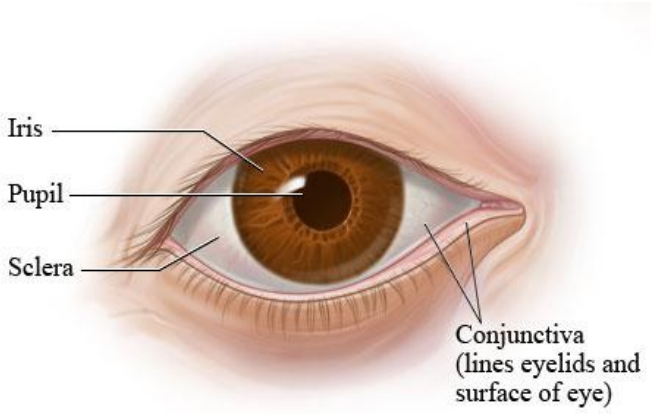
Infecties en ontstekingen kunnen in alle structuren van het oog voorkomen. Ze kunnen ontstaan door micro-organismen, mechanische irritatie, of gevoeligheid voor bepaalde substanties. Ontstekingen zijn de meest voorkomende vorm van acute oogproblematiek.

CONJUNCTIVITIS

De conjunctiva is het bindvlies of slijmvlies wat de binnenzijde van het ooglid en de buitenzijde van de oogbol bekleed (zie figuur 6). De conjunctiva bulbi is het slijmvlies wat over de witte oogbol ligt. Conjunctiva palpebralis lis het slijmvlies van het ooglid. Hier tussenin ligt de fornix: omslagplooi. Conjunctivitis is een ontsteking van het bindvlies of slijmvlies. Deze vorm van oogontsteking neemt ongeveer twee derde van alle gevallen op zich. Conjunctivitis kan komen door een infectie en is besmettelijk.
(Hoppenreijs, 2004B)

OORZAKEN

Bacteriële oorzaken zijn staphylococcus, streptococcus, haemophilus influenzae. Chlamydia trachomatis en Neisseria gonorrhoeae zijn twee sexueel overdraagbare aandoeningen die conjunctivitis kunnen veroorzaken. Pinkeye, een acute, slijmerige en etterige bacteriele conjunctivitis, is de meest voorkomende vorm. Vooral onder schoolkinderen, maar het kan op elke leeftijd voorkomen. Het is zeer besmettelijk, zeker in overvolle ruimten zoals scholen. Conjunctivitis door een virale infectie worden voornamelijk veroorzaakt door het herpes simplex virussen en de meeste menselijke varianten van het adenovirus.



FIGUUR 5 (EMEDICINEHEALTH, 2012)

Mechanisch trauma aan het oog, bijvoorbeeld wimpers die tegen het slijmvlies wrijven of een allergie voor bijvoorbeeld pollen of cosmetische producten, kunnen ook conjunctivitis veroorzaken.
(Monahan, 2007)

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

De klachten van een conjunctivitis laten zich meestal binnen enkele uren zien. Het uit zich in rode, jeukende oogleden, roodheid van het oogwit, brandend/zanderig gevoel, pijn en afscheiding. Deze afscheiding is bij een bacteriele infectie gelig en dik, en bij een virusinfectie waterig. Ook kan lichtschuwheid optreden.
Het is belangrijk de ogen goed schoon te houden, met een washandje of gaasje met schoon water. De handen moeten gewassen worden en handdoeken of washandjes mogen niet gedeeld worden met anderen om verspreiding te voorkomen.

BEHANDELING

Wanneer de conjunctivitis is veroorzaakt door een bacterie, kan dit behandeld worden met antibacteriele druppels zoals chloramphenicol. Een virale infectie gaat gewoonlijk vanzelf over, door het eigen afweersysteem. Echter bij een herpesvirus wordt behandeld met een antiviraal middel. (Greenstein, 2009)

PTERYGIUM

Pterygium is een aandoening waarbij het bindvlies over het hoornvlies gaat groeien. Het is een plooi die in een driehoekig vleugeltje gaat groeien, en kan het gezichtsvermogen verslechteren. Meestal ontstaat een pterygium vanuit de neuskant van het oog, maar kan ook van de andere kant uit groeien. De naam pterygium komt van het Griekse woord pterygion, wat kleine vleugel betekend.

STADIA

Een pterygium is in verschillende stadia van ernst in te delen
T1: atrofisch pterygium. De bloedvaten op de witte oogrok (episclerale vaten) zijn nog zichtbaar
T2: intermediaire vorm. Stadum tussen T1 en T3. De episclerale vaten zijn deels (on)zichtbaar
T3: fleshy pterygium. De episclerale vaten zijn niet meer zichtbaar

OORZAAK

De oorzaak van pterygium is niet bekend. UV-licht zou een rol kunnen spelen, aangezien de aandoening vaker voorkomt in warme en droge klimaten. Chronische irritatie kan ook een rol spelen bijvoorbeeld in een droge en stoffige omgeving.

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

Hoewel er meestal weinig tot geen klachten van een pterygium zijn, kunnen verschillende verschijnselen genoemd worden.
Chronische irritatie: het oog wordt rood aan de kant van het pterygium. Doorgroei kan tot over de pupilrand heen gaan.
Verminderd zicht: wanneer het pterygium het centrum van het hoornvlies nadert, het oog niet voldoende wordt bevochtigd doordat het traanflim op het hoornvlies niet egaal is.
Astigmatisme: het pterygium veranderd de kromming van het hoornvlies waardoor het zicht wordt verminderd.
Vaak gaan deze klachten gepaard met roodheid, branderigheid van de ogen en overmatig tranen. (VU Medisch Centrum, 2009; Het Oogziekenhuis Rotterdam, 2012D; Hoppenreijs, 2004)

BEHANDELING

Pterytium kan worden behandeld met antibiotica en corticosteroïden in de vorm van druppels. Het pterydium gaat hierdoor echter niet weg, hiervoor is een operatie nodig. Indicaties om te besluiten een operatie uit te voeren zijn een verslechterd gezichtsvermogen, astigmatisme, beperking van de oogbewegingen, bij groei van het pterygium, klachten als irritatie en cosmetische redenen.
De operatie is weinig belastend. Bij alleen het verwijderen van het pterygium is de kans op reciief groot, waardoor soms aanvullende behandelingen nodig zijn. Zo kan het geopereerde gebied bestraald worden of kunnen littekenremmers worden toegediend. Ook kan er uit hetzelfde oog een transplantaat gehaald worden, om dit vervolgens op het gebied van de verwijderde pterygium vast te zetten. De wond die hierdoor ontstaat, geneest zelf.

VITAMINE A DEFICIËNTIE

Een tekort aan vitamine A komt veel voor. Zo hebben 33% van alle kinderen onder de vijf jaar wereldwijd een tekort aan vitamine A. In Afrika is dit zelfs 44%. Vitamine A is belangrijk voor de ontwikkeling. Het is essentieel voor het functiebehoud van het immuunsysteem, gezonde ogen, zicht, groei en overleven. Het is de voornaamste reden van te voorkomen blindheid. Daarnaast hebben kinderen met een tekort aan de vitamine een lage weerstand tegen veel voorkomende infecties zoals luchtweg infecties, diarree, mazelen en malaria, wat zelfs de dood als gevolg kan hebben.
Bij zwangere vrouwen kan een tekort aan vitamine A nachtblindheid veroorzaken.
(Thompson, 2011; World health Organisation, 2012)
In ontwikkelende landen hebben ongeveer 250 miljoen kinderen kans op het krijgen van een tekort aan vitamine A. Daarvan zijn 10 miljoen ondervoede kinderen het ergst getroffen. Zij ontwikkelen xeroftalmie en hebben een vergroot risico op complicaties en overleiden door mazelen.(Ansstas, 2012)

FUNCTIES VAN VITAMINE A

Vitamine A zorgt voor het behouden van gezonde tanden, huid, botten, membranen en de ontwikkeling van gespecialiseerde weefsels als de retina. Vitamine A wordt daarom ook wel retinol genoemd, omdat het belangrijk is in het vormen van de pigmenten op het netvlies. Het maakt het mogelijk om te zien bij weinig licht. Nachtblindheid bij een tekort aan vitamine A valt hiermee te verklaren. (Greenstein, 2009)
Vitamine A komt voor in de volgende voedselbronnen: lever, rund, kip, ei, melk, melkproducten en boter. Groente en fruit bevat betacaroteen, wat door het lichaam naar behoefte omgezet wordt in vitamine A. (Vellinga, 2008-2012)

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

Niet alleen klachten aan de ogen, zoals het niet kunnen zien in het donker, zijn gevolgen van een tekort aan vitamine A. Droge huid en haar, gebroken vingernagels en een lagere weerstand tegen infecties zijn de eerste signalen van een vitamine A tekort. (Ansstas, 2012)

XEROFTALMIE

Xeroftalmie is de term die wordt gebruikt om de symptomen van droge ogen als gevolg van VAD te beschrijven. De aandoening komt het meest voor onder kinderen tussen de 3 en 5 jaar in ontwikkelingslanden.

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

De eerste symptomen zijn nachtblindheid, gepaard met Bitot-vlekken. Dit zijn oppervlakkige, schuimachtige wit/grijze vlekken op de conjunctiva. Wanneer deze zich verder ontwikkelen, wordt de conjunctiva hard en droog.

BEHANDELING

Vitamine A en eiwitrijk dieet. Ook antibiotica wordt gegeven om de ontsteking te remmen. Om de symptomen te verminderen, kunnen kunsttranen gegeven worden en moeten droge en stoffige ruimten gemeden worden.
(Stilma, 2008)

GLAUCOOM

Glaucoom is een chronische oogaandoening. Het is een verhoogde oogboldruk, waardoor uiteindelijk zenuwen kunnen afsterven. Dit kan komen doordat het kamerwater in het oog niet goed afgevoerd wordt.

TYPEN

Primair glaucoom: Deze vorm heeft geen duidelijke oorzaak en komt het meest voor. Onderscheid wordt gemaakt tussen nauwekamerhoekglaucoom en openkamerhoekglaucoom.
Secundair glaucoom: Dit komt door anderevoorafgaande oogaandoeningen, zoals een ontsteking of trauma.
Acuut glaucoom: Treed plotseling op doordat de afvoerweg van het kamerwater wordt geblokkeerd. De oogdruk loopt zo in een korte tijd sterk op.
Juveniel glaucoom: Groep van glaucoomsoorten die bij kinderen kunnen optreden. Komt niet veel voor, glaucoom bij kinderen is zeldzaam.

AANGEBOREN GLAUCOOM

Deze vorm komt minder vaak voor dan aangeboren staar en is moeilijk te behandelen. Vaak heeft het als oorzaak dat er een afwijking is in het voorste deel van het oog, in de kamerhoek. Kinderogen zijn elastisch en rekken mee met de druk. Dit is zichtbaar doordat de ogen groot worden, dit wordt buphthalmus (koeienogen) genoemd.

OORZAAK

Het evenwicht tussen aanmaak en afvoer van kamerwater is verstoord. Hierdoor stijgt de oogboldruk. Het probleem met de afvoer vindt plaats in het voorste deel van het oog. Toch treft het het hele oog, dus ook het achterste deel. Hier bevinden zich de zenuwen en heeft hierop schadelijke gevolgen. Dit kan komen doordat de druk zorgt voor mechanische schade aan de oogzenuw, of omdat de druk de bloedvaatjes dichtdrukken waardoor het netvlies niet kan worden voorzien van voedingsstoffen. De vaatjes kunnen slechts een geringe stijging van de oogdruk weerstaan.



FIGUUR 6 (GLAUCOOMVERENIGING, N.D.) ACHTERUITGANG VAN HET RECHTER GEZICHTSVELD

GEVOLGEN

De achteruitgang van het netvlies gaat geleidelijk. Het gezichtsveld neemt steeds meer af, wat een oogarts kan herkennen als glaucoom. Later wordt ook het scherpe zien aangetast. Deze processen zijn onomkeerbaar. Het kan wel worden gestopt, door de oogboldruk blijvend te verlagen.
De uitval begint bij de uiterste neuskant, waardoor het onopgemerkt gaat. Het centrum blijft zeer lang gespaard (zie figuur 8). (Monahan, F.D. 2007); (Brouwer, 2010)

BEHANDELING

MEDICATIE:

Vaak een eerste behandeling bij alle vormen van glaucoom. Toediening in de vorm van oogdruppels en soms in gel, zalf of tabletten. Deze zorgen ervoor dat de aanmaak van kamerwater wordt verminderd, of het afvoeren ervan wordt verbeterd.

LASER:

Wanneer medicatie niet het gewenste effect heeft, kan voor een laserbehandeling gekozen worden. Dit heeft hetzelfde resultaat als medicatie. Er zijn drie vormen van laserbehandeling. Hierbij wordt een gaatje in het oog gemaakt waardoor het kamervocht weg kan lopen (iridotomie), plekken in derand van de iris weggeschroeid waardoor de afvoerkanaaltjes weer vrijkomen (basiscoagulatie), of gaatjes gemaakt bij de afvoerkanalen waardoor deze gaan schrompelen en vrijkomen (trabeculoplastiek). Een andere mogelijkheid is de transsclerale cyclophotocoagulatie. Hierbij wordt een deel van de corpus ciliare, wat het kamerwater produceert, uitgeschakeld. Het kan nodig zijn om deze behandeling te herhalen, omdat moeilijk te zeggen is wat het effect is van de behandeling en het oog een bepaalde druk moet blijven houden.

MICROCHIRURGIE

Het plaatsen van een drainagebuisje of het maken van een opening onder het bovenooglid, zodat het kamerwater weg kan stromen.
(Greenstein, 2009; Het Oogziekenhuis Rotterdam, 2012)

BIJLAGE 5

DEELVRAAG 5

WAT IS ER INTERNATIONAAL GEZIEN BESCHIKBAAR AAN GEZONDHEIDSVOORLICHTING OP HET GEBIED VAN OOGPROBLEMATIEK?

INLEIDEND

Zoekende naar wat er internationaal gezien beschikbaar is op het gebied van voorlichting over oogproblematiek, wordt al snel duidelijk dat organisaties zich vooral richten op praktische interventies (World Health Organization 2000). Bij oogproblematiek wordt er gefocust op de oorzaken en op het voorkomen, behandelen en genezen van deze. Als oorzaken van oogproblematiek en uiteindelijk vaak zelfs blindheid, gaat het voornamelijk om problematiek ten gevolge van leefomstandigheden, slechte hygiëne, gebrek aan middelen en goede voeding, met als gevolg bijvoorbeeld vitamine A deficiëntie en daardoor oogbeschadigingen. Op het gebied van refractieve afwijkingen, wordt er voorzien in het opmeten en verschaffen van brillen.

VISION 2020

Internationaal gezien wordt het handelen binnen de Verenigde Naties gecoördineerd vanuit de World Health Organization (WHO). In samenwerking met de International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) zijn zij in 2005 *Vision 2020: The Right to Sight* gestart (World Health Organization en het International Agency for the Prevention of Blindness, 2009). Vision 2020 is een wereldwijd initiatief om een eind te maken aan het vóórkomen van voorkombare blindheid. Dit gebeurt in samenwerking met velerlei Non Governmental Organisations, professionele organisaties, oogzorginstituten en andere samenwerkingsverbanden met gerelateerde bedrijven. Ondertussen is dit project door meerdere landen overgenomen en gestart.

Via de WHO zijn er twee internationale hoofdorganisaties die digitaal voorlichtingsmateriaal en verdere informatie leveren. Dit zijn het International Centre for Eyecare Education (ICEE) en het International Centre for Eye Health (ICEH). Door contact met deze organisaties en verdere organisaties via Vision 2020 is er verschillend voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Deze documenten staan hieronder in het kort beschreven.

GEVONDEN DOCUMENTEN

VOORLICHTING

Healthy eyes activity book
(Francis, 2007)

Een Engelstalig teken- en schrijfboek voor kinderen, met als doel om basisschoolkinderen meer te leren over oogproblematiek. Het zet hen onder andere stil om na te denken over hun eigen ooggezondheid en in hoe zij een rol kunnen spelen in het voorkomen van blindheid binnen hun leefomgeving. In eerste instantie is het boek gericht op Afrikaanse basisschoolkinderen, maar door succes is het in negen andere talen vertaald voor breder georiënteerde distributie. De bijlage betreft de tweede, meest recente en meer uitgebreide versie van het activiteitenboek. Gezien het aantal pagina's dat het boek bevat, zijn er ter illustratie vier pagina's geselecteerd ter impressie.

Flip Chart 1 – All about eyes
(International Centre for Eyecare Education 2009)

Een methode waarbij enigszins spelenderwijs op klein format kaartjes wordt verteld over de anatomie, de functie, het zorgen voor en het laten nakijken van je ogen. Daarbij wordt ook verteld over het eventueel krijgen van een bril, de mogelijkheid tot het gebruik van oogdruppels of een operatie en blindheid.

Flip Chart 2 – Trachoma, Cataract, Diabetes and your eyes
(International Centre for Eyecare Education 2009)

Een methode waarbij enigszins spelenderwijs op klein formaat kaartjes wordt verteld over de oorzaken, symptomen, preventie en behandeling van trachoma, cataract en diabetes en de invloed hiervan op je ogen.

Hanyane – A village struggles for eye health
(Sutter e.a., 2002)

Een boek over primaire oogzorg in de context van een gemeenschapsgezondheid en ontwikkeling. Het dient als praktische gids voor het diagnosticeren en het behandelen van veelvoorkomende oogproblematiek.

OOGFOTO DOCUMENTEN

Red eye no injury
(International Centre for Eye Health 2006)

Een beeldend document waarbij in een tabel vier oogaandoeningen worden afgebeeld inclusief informatie over onder andere symptomen.

Prevent Blindness through primary eye care
(World Health Organization (n.d.))

Een beeldend document waarin oogaandoeningen worden afgebeeld die geleidelijk, acuut of door een verwonding zijn ontstaan. Er word teen voorbeeld en behandeling weergegeven.

HYGIENE

Flyer handhygiëne
(Leicester and Leicestershire County and Rutland Primary Care Trusts 2007)

Een flyer over het belang van goede handhygiëne ter preventie van infectieverspreiding.

Gereduceerde versie flyer handhygiëne
Zie bijlage 18.

Een door de onderzoekers aangepaste versie van de originele bovengenoemde flyer.

''Washy washy clean'' liedje
(Health Promotion Board Singapore 2012).

Een educatief kinderliedje over het belang van goede handhygiëne. De songtekst staat in bijlage 17 en de link naar het liedje zelf is te vinden bij de bronvermelding.

BIJLAGE 6

DEELVRAAG 6

WELKE PREVENTIEVE EN CURATIEVE BEHANDELMOGELIJKHEDEN MET BETREKKING TOT OOGPROBLEMATIEK ZIJN ER BESCHIKBAAR VOOR DE INWONERS VAN BOTTLEBRUSH?

DOEL VAN DEZE DEELVRAAG

Binnen deze deelvraag wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag welke mogelijkheden tot doorverwijzen er zijn voor inwoners van de sloppenwijk Bottlebrush dus waar mensen naartoe zouden kunnen als zij te maken krijgen met een oogaandoening en een bril niet de juiste oplossing is. Op het moment dat duidelijk is waar mensen naar doorverwezen kunnen worden, kan de zorg verbeterd worden. Er is dan niet alleen een diagnose gesteld, maar ook een mogelijkheid om iets met deze diagnose te doen.

WERKWIJZE

Om een antwoord op deze deelvraag te vinden, is voor vertrek naar Durban gebrainstormd welke mogelijkheden er waren voor de beantwoording. Aangezien er in de literatuur geen goede informatie te vinden was over de kosten en bereikbaarheid voor inwoners van Bottlebrush die (oog)zorg nodig hebben, is besloten om in Durban te zoeken naar het antwoord op deze vraag. Hiervoor zouden ter plaatse in Durban instellingen bezocht kunnen worden, zoals ziekenhuizen, artsenposten of klinieken. Door middel van literatuuronderzoek vooraf (terug te vinden in deelvraag vier en vijf), zijn verschillende organisaties gevonden die zich bezighouden met oogzorg. Het International Center for Eyecare Education (International Centre for Eyecare Education. (2007)) heeft een hoofdvestiging in Durban. Hier zou informatie verkregen kunnen worden voor de beantwoording van deze deelvraag.

In eerdere literatuurstudie zijn verschillende organisaties naar voren gekomen die zich bezighouden met oogproblematiek. Zij leveren vooral voorlichtingsmateriaal, zoals te zien in deelvraag 5. De ICEE richt zich breder op deze problematiek en focust zich ook op het onderwijs, door bijvoorbeeld lokale mensen op te leiden om ogen te kunnen examineren. Zo willen ze oogzorg voor iedereen bereikbaar maken, door onder andere duurzame systemen op te zetten binnen de bestaande lokale infrastructuur. Ook moeten brillen voor iedereen betaalbaar zijn en wordt er samengewerkt met lokale en internationale organisaties, om lokale programma's en onderwijs te ondersteunen. De activiteiten van de ICEE zijn erop gericht permanente oogzorg te kunnen bieden over de gehele wereld. (International Centre for Eyecare Education. (2007))

DATAVERZAMELING

Een bezoek aan de ICEE heeft de informatie opgeleverd dat inwoners van Bottlebrush de mogelijkheid hebben een oogkliniek in het ziekenhuis te bezoeken. Deze is opgezet door de ICEE en zij bieden betaalbare behandelingen aan. Deze kliniek is op loopafstand van de sloppenwijk Bottlebrush. De ICEE gaf echter aan dat mensen hier weinig gebruik van maken. Ook is er een andere kliniek die goedkope behandelingen en brillen aanbied.

Aan de ICEE is gevraagd of zij specifieke informatie hadden. Dit is toegezegd en zij zouden contact opnemen, dit is echter niet gebeurd. Er werd niet gereageerd op mailcontact vanuit de onderzoekers. Een andere mogelijkheid kwam naar voren in de interviews. Hier hadden respondenten het over een 'trein', waar ze naartoe zijn gegaan met (oog)problemen. Deze respondenten konden echter niet ingaan op de vraag wat deze trein precies inhield. Literatuurstudie later in Nederland gaf wel antwoord op de vraag wat deze trein precies is en welke mogelijkheden deze biedt aan inwoners van Bottlebrush. Phelophepa (letterlijk vertaald: 'good, clean health'), is een trein die door de afgelegen gebieden in Zuid-Afrika rijdt en mensen zorg biedt die geen toegang hebben tot de gangbare gezondheidszorg zoals huisartsen. Bij de start in 1993 bestond de trein uit drie wagons die vooral gericht waren op oogzorg. Ondertussen heeft de maatschappij uitgebreid naar 18 wagons waar mensen ook terecht kunnen voor andere gezondheidskundige problemen. Ook geeft de trein voorlichting en onderwijs over aandoeningen, zoals voeding, hygiëne en diabetes. Voor mensen met oogproblemen is er een service aan boord die brillen maakt, nadat mensen gescreend zijn door opticiens. Ook is er een apotheek aan boord, die kan voorzien van de nodige medicatie. Gemeenschappen kunnen stops op een specifieke plaats aanvragen. De trein rijdt 36 weken per jaar en bezoekt één gemeenschap per week. (Hoffmann-La Roche.(2011))

Geprobeerd is om ter plaatse ziekenhuizen en/of klinieken te bezoeken. Hier werd door de instellingen geen toestemming voor gegeven. Hierdoor heeft geen navraag plaats kunnen vinden over de mogelijkheden tot behandeling voor inwoners van Bottlebrush. Hiernaast waren de onderzoekers afhankelijk van een taxi, omdat niet zelfstandig over straat gegaan mocht worden. Dit beperkte de mogelijkheden om zelf bij instanties op zoek te gaan naar informatie.

ANTWOORD OP DE DEELVRAAG

Een sluitend antwoord op deze vraag kan niet worden gegeven, gezien de omstandigheden ervoor hebben gezorgd dat het in Durban niet mogelijk is geweest instellingen en instanties te bezoeken. Hierdoor is lastig te zeggen waar mensen naar doorgestuurd kunnen worden. Wel is duidelijk geworden dat mensen de mogelijkheid hebben een ziekenhuis in de buurt te bezoeken waar de ICEE een afdeling heeft gericht op oogzorg. Deze kan mensen voorzien van oogzorg en geeft ook brillen uit, voor een, zoals ze zelf zeggen (bron: gesprek ICEE), niet-winstgevend bedrag. Ook kunnen inwoners van Bottlebrush terecht bij de Phelophepa-trein, deze komt echter maximaal één keer per jaar naar Durban, op aanvraag van de gemeenschap. Hier kunnen ze terecht voor voorlichting, onderzoeken en eventueel een bril.

CONCLUSIE

Als conclusie kan er dus gezegd worden dat de onderzoekers niet echt in de positie waren om door te verwijzen. Zij hebben alleen kunnen informeren over eventuele verdere plekken of behandelingsmogelijkheden die er voor de inwoners van de wijk Bottlebrush zijn.

BIJLAGE 7

OPZET INTERVIEW INWONERS BOTTLEBRUSH

Aan de hand van onderstaande topic- en vragenlijst zijn de interviews met kinderen en bewoners uit Bottlebush gehouden.

Life circumstances Bottlebrush

- In what kind of house do you live?
- With who are you living there?
- Where do you go to the toilet?
- Where do you get water from?
- What do you think of living here/ there?
- What do you like and what do you dislike about your house?

Eye Wave

- Did you have an eye-check this week or last week?

Needs of the children

- How many times a day do you wash your hands?
- When do you wash your hands?
- Can you wash your hands at school or at home?

Eye problems

- Did you ever have trouble with your eyes? If yes, what kind of problems have you had?
- Did you ever went to a doctor or optician, because you had problems with your eyes?
- Do you experience any trouble with your eyes right now? Do have you painful eyes? Do you wear glasses?

Education

- Did you or your class ever had eye-health-education?
- What is your opinion about the eye-health-education we gave to your class?
- Do you have any advices for the eye-health-education?
- What do you think that was good about the eye-health-education?
- Was the eye-health-education difficult, good or easy for the children? Could you please explain why?
- If we are coming back next year, what would you prefer, we should teach them?
- Are there any possibilities in your classroom to fulfil the hand-hygiene advices we gave?

BIJLAGE 8

INGEVULDE VRAGENLIJSTEN INFORMATIE EYE WAVE TEAM 2011

Beste mensen,

Wij zijn vijf studenten van de Christelijke Hogeschool Ede die afstuderen binnen de opleiding HBO-Verpleegkunde. Ons afstudeerproject bestaat uit een onderzoek naar de effectiviteit van voorlichting over ooghygiëne. Van 19 april tot 11 mei hopen wij dan ook met het Eye Wave-team mee te gaan naar Durban, Zuid-Afrika.
Voor ons onderzoek willen wij graag informatie ontvangen over het project wat vorig jaar heeft plaats gevonden in de sloppenwijk Bottlebrush. Hiervoor hebben wij een vragenlijst opgesteld die wij willen voorleggen aan het team dat vorig jaar is mee geweest, maar ook aan andere betrokkenen die ons informatie kunnen verschaffen.
De informatie die wij van u hopen te krijgen helpt ons om een beter beeld te schetsen van de situatie daar, met daarbij meer duidelijkheid over eventuele knelpunten en interventies. Ons streven is om een product af te leveren wat bij aankomende projecten ook gebruikt kan worden om de voorlichting te laten aansluiten bij de doelgroep.

Wij begrijpen dat het enige tijd van u vergt. Wilt u de voor u relevante vragen beantwoorden?

Wij hopen op uw medewerking en danken u voor uw tijd en informatie.

Naam: A., B., C., D., en E. staan voor de vijf Eye Wave teamleden die de vragenlijst terug hebben gestuurd.

Wat was uw functie binnen het project: A.: Teamlid, B.: Optometrist, C.: Teamleider, D.: Opticien, E.: nog niet mee geweest.

1. Wat vond u typerend aan de inwoners van de wijk Bottlebrush?

A. Ze hebben veel geduld en zijn vriendelijk

B. Geduldig, vriendelijk

C. Ze zijn bijna allemaal zwart.
De meeste mensen vinden zichzelf niet zielig. Mensen klagen niet.
Ik had niet het gevoel dat er een afstand tussen ons was ondanks de rassendiscriminatie die heeft plaatsgevonden.
Ik weet dat er weinig betrokkenheid van ouders is bij de schoolkinderen. Ouders komen niet opdagen op tien minuten gesprekken ed.
Mensen zijn ijdel.
En heel muzikaal.
Mensen zijn arm, er wordt veel alcohol gebruikt. Er vindt veel misbruik plaats.
Mensen kijken de kat uit de boom.
Het is gevaarlijk in de wijk.

D. Trots.

E. NVT

2. Kunt u ons meer vertellen over de gezondheidstoestand van de mensen die leven in de sloppenwijk van Bottlebrush?

A. Ze wonen in zelfgemaakte huisjes van wat ze maar kunnen krijgen. Er zijn inmiddels op sommige plekken op Bottlebrush kranen met stromend water, maar ze leven toch nog altijd tussen het vuilnis. Veel hygiëne is er niet.

B. Er zijn veel onhygienische plekken, mensen hebben weinig kleding en met gaten. Ik verwacht dat deze niet veel gewassen worden. Ziekenhuizen of doktoren zijn voor de rijke mensen, De gemiddelde leeftijd is daardoor verwacht ik lager.

C. Er is geen artsenpost in de wijk. Mensen kunnen geen bril aanschaffen. Ik denk dus dat veel mensen lang doorlopen met ziekten.

D. Hoewel er al veel vooruitgang is geboekt door de Good News Centre-kerk op het gebied van electra-en watervoorziening is de persoonlijke verzorging niet als wenselijk. Wel ruikt het veelvuldig buitenhangende wasgoed fris, maar riolering is slecht waardoor de rattenpopulatie ruim aanwezig is. Wat de ogen betreft zien we best wel hygiënegerelateerde ziekten, zoals veel tranende ogen, conjunctivitis, maar ook afwijkingen van systemische aard met als voornamelijke oorzaak diabetes. Maar misscjien heb ik dat idee ook doordat wij veel ouderen geconsulteerd hebben en ook veel mensen van buiten de wijk.

E. NVT

3. Wat kunt u zeggen over de kennis die inwoners van Bottlebrush al dan niet hebben wat betreft ziekte, gezondheid, aandoeningen, behandelingen, hygiëne en/ of andere aspecten?

A. Vrijwel GEEN kennis!....

B. Ik verwacht dat de algemene kennis over hygiene vrij laag is, ook over hun eigen gezondheid en die van hun kinderen. Veel mensen wisten niet wat de reden was dat ze minder gingen zien terwijl in Europa het veel bekend is dat mensen staar krijgen.

C. Ik weet wel dat mensen bij wie staar werd geconstateerd soms veel uitleg nodig hadden.

D. Ik denk erg weinig kennis over deze zaken

E. NVT

4. Wat zijn de meest voorkomende oogaandoeningen in Bottlebrush?
   - Welke aandoeningen vragen specifiek de aandacht voor het geven van voorlichting?

A. Dat zou ik zo niet weten. Ik heb mensen gezien met staar. Ook ogen waarbij het vlees aan de binnenkant van de oog begon te groeien. Voor de precieze benaming moet je zijn bij de opticiens..

B. Slechtziendheid tgv staar. Mn via de kinderen op school is een grote groep mensen te bereiken, dit hebben we eerder meegemaakt door te vertellen dat er een screening voor de ogen is op school, Er kwamen veel volwassenen uit te omgeving mee.

C. Staar, pterygium, oog irritaties.

D. Wat wij het meeste gezien hebben was Cataract en Pterygium. Dat laatste kan verminderd of voorkomen worden door bescherming tegen zonlicht en uitdroging. Zonnebril dragen en oogdruppelen.

E. Staar, glaucoom, droge ogen, oculaire hygiëne.

5. Heeft u het idee dat de mensen uit Bottlebrush openstaan voor voorlichting over ooghygiëne en oogproblematiek?
   - Waar blijkt dit uit?

A. Ik denk dat ze er wel voor open zullen staat, maar de middelen zijn er gewoon heel minimaal.

B. Ja, bereidwillig om te wachten op een onderzoek, en er werd goed geluisterd naar de uitleg die daarbij gegeven werd

C. In ieder geval is het wel iets waar de kerk en de school voor open staat met wie we werken.

D. Dat denk ik zeker. Ze zien denk ik ook wel dat er problemen zijn en dat het verhelpen of genezen er van ook hun leven verbetert.

E. NVT

6. Vindt u dat er voorlichting moet worden gegeven over ooghygiëne en oogproblematiek?
   Zo ja:
   - Waarom?
   - Welke informatie moet er volgens u door ons worden overgebracht?
   - Aan wie denkt u dat de voorlichting het beste kan worden gegeven?

A. Ik vind dat zeker weten. Door betere voorlichting zullen ogen beter verzorgd worden en minder snel problemen krijgen.
Wanneer ze weten wat gevolgen kunnen zijn van onhygiënisch handelen, zullen ze er meer op letten lijkt me.
Natuurlijk is dat voor iedereen van belang, maar logisch is dat je de kinderen benaderd voor voorlichting. Misschien kan de school het oppakken tijdens sommige lessen, zodat het structureel beter wordt.

B. Waarom? Preventie van ontstekingen, slechtziendheid (lui oog, bij kinderen) te voorkomen,

behandelen.
Welke informatie? Over lui oog, veraf en nabij zien met welke correctie, leesbril, staar, de opticien (wat hij voor iemand kan betekenen)
aan wie? Kinderen in de klas, volwassenen die voor een oogonderzoek zitten te wachten.

C. Ja om erger te voorkomen. Hoe kom je aan aandoeningen en hoe kom je er vanaf of hoe voorkom je het.

D. JA DUS!
Heb ik bij de vorige vraag al een beetje toegelicht.
Het blijvend toepassen van de aangereikte hulp in de vorm van brillen en oogdruppels.
Wie het vertrouwen wint van de mensen kan veel voor hen betekenen.

E. Ja, met informatie en indien nodig relatief eenvoudige handelingen kan een gedeelte van de aandoeningen worden voorkomen of de voortgang worden vertraagd.

7. Wat zou volgens u een werkzame methode zijn om de voorlichting op een effectieve manier over te brengen aan de inwoners van Bottlebrush?

A. Om het structureel en blijvend te laten ontwikkelen lijkt mij het het beste om de voorlichting die jullie geven, (zie nr.6) de school te laten oppakken het hele jaar door. Cursus boeken of stencils e.d.

B. Via een verhaal, posters.

C. Ja ik denk toch vooral aan scholen. Of als er iets van een medische post is, dan daar.

D. Klassikaal op de school. Met de voorbeelden in de hand.
Maar ook persoonlijk bij het uitreiken van de bril, maar dan moet je de brilloze mensen niet vergeten.

E. NVT

8. Wat zouden belangrijke knelpunten kunnen zijn die we tegen gaan komen binnen het geven van de voorlichting?
   - Op welke manier kunnen wij ons in Nederland hierop voorbereiden?
   - Wat zouden wij kunnen doen om deze knelpunten (gedeeltelijk) weg te nemen?
   - Zijn er aspecten waar we tijdens onze voorlichting over ooghygiëne en oogproblematiek rekening mee moeten houden?

A. De middelen?? Zelf middelen meenemen en misschien ervoor zorgen dat ze die ook geregeld krijgen geleverd, via ziekenhuizen of praktijken e.d. ik noem maar wat.

B. Cultuurverschil, taalbarrière. Met poster en plaatjes werken.

C. Knelpunten: als je weggaat en er zijn nog vragen, wie beantwoordt ze.
Voor bereiden in NL: info van de ziekten verzamelen. Ontdekken hoe andere organisaties

voorlichting geven. Iets visueels zoeken. Alvast een voorlichtingsles voorbereiden, ontdekken hoe het in Zuid Afrika werkt en dan naar mate je het daar doet, je les en materialen aanpassen. Daar feedback van de docenten vragen.
Aspecten om rekening mee te houden: bv dat Afrikanen misschien meer verhalen vertellers zijn en minder wetenschappelijk geïnteresseerd zijn. De taal. Als je geen geld hebt maar je voorlichting is dat je druppels moet kopen dan is dat sneu.

D. Posters maken die je op de schoolborden of de deuren en de ramen kunt plakken.
Als er mensen zijn die geen engels verstaan, vraag gerust in het publiek om vertalers. Er zijn genoeg kinderen die Zulu, Engels en Afrikaans (=Nederlands) verstaan.

E. NVT

9. Welke barrières zouden er bij inwoners van Bottlebrush voor kunnen zorgen dat gedragsverandering bereiken niet blijvend is?

A. Misschien wanneer je hun iets opdraagt om te doen. Het rassenverschil ligt nog altijd gevoelig. Wel iets om rekening mee te houden.

B. Betweterig overkomen, dominant zijn, proberen ze persoonlijk te raken, praktische haalbare tips geven.

C. Voorlichting vraagt om herhaling. Dus dat zou geboden moeten worden.

D. armoede, gevoel van uitzichtloosheid.

E. NVT

10. Werd er vorig jaar voorlichting gegeven over het wennen aan en onderhouden van een bril?
    a. Zo ja, op welke manier?
    b. Heeft u hier nog tips voor?

A. Nee, niet dat ik weet.

B. Er zijn posters opgehangen met oogaandoeningen en preventie van oogaandoeningen dmv een zonnebril, hier is verder weinig aandacht aan gegeven

C. Heel summier.
Ja, deze voorlichting zou ook moeten gegeven worden als patienten niet meteen aangeven dat zij moeilijkheden hebben met het doorkijken van de bril.
Iets in een flyer zetten (kan dit jaar ook zijn een A4tje)

D. Daar was niet zoveel tijd voor. Hoe groter het team, hoe beter en completer dat kan gebeuren.

E. NVT

11. Heeft u overige opmerkingen, aanvullingen, tips, ideeën of adviezen?

A. Geen op of aanmerkingen..

B. Heel veel succes!

C. Ga zo door! Duik vooral nu in de boeken en niet in Zuid-Afrika. Leer daar vooral door het te doen!

D. Beschouw iedere patiënt als Jezus, dan zullen zij jullie ook zien als Jezus!
Durf in het engels te bidden!
Géef om deze mensen. Het zijn personen zoals jij en ik, maar die opgesloten zitten in een lichaam of een situatie die ze soms zelf niet willen.
Als jij die druppel bent op de bekende gloeiende plaat vallen er deze reis toch aardig wat druppels. Je zult die druppel maar op je kop krijgen! Lekker cool toch?
God zegene jullie!!! En de mensen waar je het voor doet!!!
Ik blijf met een hoop gevoelens van heimwee achter, maar ben van plan jullie te volgen op Facebook; dus als er tijdens jullie verblijf vragen zijn?.....

E. ICEE is een interessante organisatie. Hoofdkantoor voor Afrika zit tevens in Durban. www.icee.org
WHO is handig voor statistieken over welke aandoeningen waar voorkomen.

Bedankt voor het invullen.

Namens het afstudeerteam,

Lukas van de Haar
Contact
e-mail: lukasvdhaar@gmail.com
telefoon: 06-22866562

BIJLAGE 9

VERBATIM FOCUSGROEP DISCUSSIE MET DOCENTEN

Elianne, Margriet Lukas en Ingard in gesprek met vier leraren.

I have some questions here on my computer.
Allright, start.
If we look at now, how it is now, do you give healthcare or eyecare education to the children?
Yes
Ok, and what does it look like?
… hygiene is part of our curriculum. Right, in this class, this is the grade 1 class, and … one of the key topics is personal hygiene. So that we make the ground rules, how they should come to school, what ehh, what is very important. What are the limits, for example the uniform, the condition of the uniform. Brushing the teeth, and things like that. Basic things. We teach them the basic things on the board. How to use a face towel, how to use a toothbrush, how to use the hairbrush. So very very very basic things, from grade one.
Right, and do you tell something about the eyes, eye hygiene to the children?
Gradually as the year progresses we go into detail. Then we maybe talk one week in the year, that we dedicate just to the eye. Like how, if something gets into the eye, you must not just rub it, but how to wash the eye. And not to read in poorly light areas. That would be specific, but later in the year.
Ok. I have already some questions, but first I want to know your story.
In the senior primary, from grade four to seven, basically the children are much bigger. And then personal hygiene is in our LO period. That's where we teach it.
What is LO period?
Life orientation. Ok, and ehm, we just reinforce what they already have been taught in the foundation grades. And because the kids are bigger, ….., the hygiene what to do with that, the body. And but we basically start from the simple, because without kids we have to teach them things all the time. The reinforcement. And like some days we get kids coming to school in the morning, and that the clothes haven't been washed, they don't have a pond. Because of the circumstances obviously. But ehh, now we giving out soaps and things like that. The simple things that …. So it is taught in our lessons.
I think, if I can speak now, about the same thing Miss N has just said, what she teach. It's a pity, because it's almost the same what she's just told you. It's the same thing because I'm also in the foundation phase.
You don't have any new, other things.
No.
Ok. And for you, the same?
Yes it's exactly the same M said. We just reinforce what they have learned in the …. (GB?) phase. And telling them how it's…. throwing the water on yourself, how.. you know scrub yourself. Basic stuff. And as girl is a little older, we try to tell them what hygiene is, especially with the coming of age, periods and things like that. And how they dispose the sanitary pads, and use the toilet and everything.
On that point, we get people from the outside as well. It's called the Alldays/Allways group. They come and get all our girls from grade 5 to seven. They give them a talk specifically towards that sanitary..
And they give them pads and stuff like that. …. and pads
And we also get shows, people come here to do shows for them, like people from Dettol. Teach them about wash hands, use the soap.

(….)
They have a competition running as well, you collect the samples.
So, if I am right, if I understand it well, there is enough health education and it has a primary place in the school program. Uhm, but how do you think the children remember or know the things you are telling them. Is it uhm, do they understand it well, or are there things that they do not understand very well?
I think it is….. from understanding. Uhm, it is clearly evident from the manner in which they dress, and the way they change the way of looking up to the bodies, that they understand what has been told. But where you see there is a lack of personal hygiene, in most reasons those are uhm, because of the circumstances.
Yes. That was my next question how, uhm, what are the circumstances that the children coming from?
It's very difficult.
Because they don't have bath facilities that uhm.. are normal. They have what is called one communal …., which they use as a bathroom as well. And they bringing in heated water. And.. for them as little ones, very often they carry the water themselves. So, the resources are very limited. So they bathing with a small amount of water, with.. you know, maybe they share face towels, sharing towels.
Where do they get the water from?
They have communal taps in…
Ok, but it is like sharing with a lot of people, the taps and the toilet?
Yes, with six to eight homes.
Six or eight houses are using the same communal taps?
Yes.
Ok, and I guess there are no showers or something. Just the taps and the toilet?
Yes. But, let me remind you that this is not the case for every child in the classroom. In the class of 39 in my class I could say safely that there are about nine children out of the 39 nine, that have a bathroom and a flushing toilet.
So 25 percent.
Do they, do all the children going to this school, do they all come from Bottlebrush or do they come from the whole surrounding?
The majority coms from Bottlebrush.
The majority but not all of them.
No, the number of children that do not come from Bottlebrush, is maybe one or two in a class.
And then the children you were speaking of, ehh, who have…
Yes, they come from Bottlebrush.
They also have..
Yes, because if you visit the settlement, or even if you look over from here, you notice that there are sprinkling of houses, that are very well developed.
Ok. And how is that possible?
Those families have lived here for a long period. And they have..
They have a normal income.
They have a normal job?
Yes.
How good or how bad do you think the education you are giving now, is. Is it good enough or is it bad, does it need some more improvement?
I think the… of the curriculum it's too demanding for the type of kids that we have. Eh, the families that they come from, there's no parental support, there's no supervision so they are basically on their own. And they just have us as teachers to care, to love the children. So it makes our job a bit harder because, there's so many problems that… and we need to … the curriculum when they haven't eat in the morning. Maybe no …, no …. Or abuse from the families. So uhm, as much as we try to teach the

curriculum, our level of teaching is much lower. The testing may be higher, our failure rate is very high. But people come from the … department to see that the work is being done. It's … by the government basically. So we have to drive it but achieving it.. it's very difficult.
Ok.
And uhm, are you teaching the parents as well, are you inviting them to come and to talk with them and… so there'll be… a change with the parents?
Haha.
Or is it very, very hard?
It's difficult to get parents to come, yes. Even if we will sacrifice our weekend to come to school they will not…
They are not interested?
No, not interested. That's the correct word.
It may be working conditions probably, or…
That I can understand, but I also have been told that a lot of people from Bottlebrush, don't work. Are unemployed, or… And those are the people I think they are at home the whole day so, but they still won't come.
No.
Can you eh, can you tell what the reason is they don't want to come, what do you think the reason is for that?
She told they are not interested.
Yes not interested, but is it just not interested or is it anything else as well?
They just want the teacher to do everything, to take.. you know. They just give the child into your care.
It's your responsibility.
Yes, yes. It's your responsibility.
(…) she just said they don't come because of the language. I'm saying to madam that I don't think so because, even if I call for them, they don't come to me. Yet I speak in their mother tongue. We communicate very well with them, they can hear and they can understand what I'm saying but still. It's very hard to get parents to come to my class.
But is that like, is that like the norm in Africa, that the parents are not interested in the way their children act or behave or is it really because of the circumstances as well but the parents are trying to survive and don't really care about the children?
Could be. Could be circumstances.
Is it because of Bottlebrush or is it just maybe a way of living in Africa that parents think differently about education?
No. Because the schools in our surrounding operate totally different. The parents are there all the time, and supporting school, fund raising. And ehm, we just not getting the support.
So maybe it's also because of the circumstances that people.. they're trying to survive. But they have enough to live their own life and it's hard to support the children.
Yes. I also have another ehm, maybe I could say I think this is one of the reasons. You see, their social economic conditions are very very poor. Their education level, I'm talking about the level of education of the parents, is very low. They come from that area where there.. they couldn't afford to be at school for too long. Or they either fell pregnant so young and they were unable to see themselves as able to come to school. And approach (…)
Insecure.
Yes.
(…)
But we do have a class that takes place in the evening here. It's called ABET, adult basic education and training. Here at our school in the evening. And those parents that took advantage of those.. that course, …
It's a free course.

… they are doing very well. One such person, has now reached a level where she's now doing teacher trainings.

Ow wow. Really, good. Opportunities.

She even came and ask here, if we needed a teacher, to take a class when a teacher was not.. one of our teachers were away. And ehm, she was quite competent.

Nice to hear.

So there is a willing. They will do something.

You see, the facilities are here. They just need to make an attempt. It is great sacrifice that they come here and study in the evening and do their … things.

Ok. What's the material you use for the health education. Is it.. you wright something down on the board, or is it with pictures, or singing or.. What does it look like?

Charts.

Can you show us something?

Let me.. when you talk you take a picture and put in on the board. Showing them how to wash their hands.

You don't have books.

Yes, we talk about it in LO class. We have life orientation.

Could you show us, please?

Like for the life orientation, is there a special schedule to follow, or (…) and how do you know what subjects to talk about during a class. Is there like a schedule about it or..

(…)

This is a department book. We also have exercises that we give.

So this is the material you use?

Yes.

And what do you think the education EyeWave wants to give.. ehm, what do we need to give? What kind of education?

Because we heard that there was a question from the.. I think maybe the principal or maybe some of the teachers, because Eyewave was here last year, and we heard that because of last year there was a message from somewhere, that people would like to have education. That the principal or some teachers would like EyeWave people to give education to the children, so that is why we try to make some kind of education for the children. And that is what our question is, that ehm.. are there any, is there any information or are there any subjects concerning eyes, concerning hygiene, concerning the work that we do with EyeWave about glasses and stuff, that you think is missing and you think is good for us to tell to the children. Because we noticed that they already know a lot about hygiene.

It's all basic.

Yes but if they grow older like with the senior primary is more like in detail about like you know sex and it gets into detail. We teach that in life orientation. Private parts and understanding your body and stuff like that.

Ok. Because that's kind of what we were wondering about also in Holland, but even when we are here that we know that the level of knowledge about hygiene is very well in the children. Ehm but what kind of.. is there any information that you miss?

Yes, I think that there is that area that is completely missing in our education. Where we are unable to assess the ability of the child's vision. You are doing the testing in the screening, you're able to tell which child is having difficulties in the classroom. For us we're unable to distinguish when the child is not able to see the … and therefore the work is on this level. Or whether the child just has a problem in the mind, for example like reversals or.. formation, there's..

Dyslexia or something.

Yes. But we are unable to assess. I know the principal said to us last week: 'send learners you think'. But me actually…

Haha.

It was very difficult. We didn't know who to choose and how to choose.
Children are send to us, but they have good eyes.
Yes I know, because I don't know. We have to choose like about ten.
(…)
And if they don't need glasses but for example they have dyslexia, what do you do about that?
Yes.
Is there any possibility for the children to go to, to get help. For that.
No. We are battling with that. We sitting with that problem for years.
It's a problem?
Yes. The department is … in providing that extra ehm.. skill. We just go through every year with that problem and they say I get no help.
And what if problems do get detected like is there a possibility for the children to go to a doctor, or to go to a hospital. Or to an optician, or..
No, haha.
There are public..
Psychologists ant things like that.
But is it for free, or..?
Public health services are available.
For free?
For free. But they have to wait for a long, long term.
It's a process.
So when the eye is infected and they need like antibiotics or drops to put in the eye, it's just hard to get it done?
No, you see that is a process they have to go to. First they have to go to the primary healthcare which is the clinic, local clinic. There they will be seen and assessed. If they need more special eh, specialist care, for example if they can't see to it at the primary healthcare clinic, they go to the local hospital. There they will do a thing to it.
Ok.
Obviously they have to sit there for the whole day. It's a long process. I can say to the child: 'look you have a problem, go after school to the hospital'. (…) But it's too late.
That's not possible, they have to go early in the morning.
… guaranty because they may take a certain (…) and then you get (…) have to come back.
They don't work with appointments?
No. No.
So I guess the main problem about eye care is really ehm, for you to see whether a child needs glasses or not.
Yes.
So I guess that's.. in that way EyeWave is really contributing to the eye care to.. ok.
Yes.
Ok, and about the educational level. Eh, about hygiene that you already eh.. told about, about the hygiene and eye infections and stuff, do you think there is any knowledge they need to know more about it? Because they seem to know what glasses are for. What you use it for, they can perfectly tell us that.
We have seen that they knew very ehm.. they knew a lot. When we give the education.
So maybe the main point is the action, like to see do they need it and when they need glasses, and how do we provide the glasses.
And if they don't need glasses what else it can be, maybe. Tell something about dyslexia or.. that problem with the sight or with seeing doesn't always depend on needing glasses but it can have another problem as well.
Yes, but I guess the hard thing is that if you educate about those problems, you can tell about dyslexia and stuff but when you don't have any treatment for it or when you don't know..

Yes but you can tell them there's a difference.
Ok, it is good for children to know that they are not stupid but they are just dyslectic or something but I guess it's still hard when you don't really know.. when you can not specifically help them with that. That's the nice thing about the glasses, when they need it we can specifically help because of EyeWave. But so, according to the four of you, there is no real need about education from the EyeWave team, it's more like just practical help.
I think that there is one area, like eye diseases, they should need to at least know what to look for. If they have excessive ehm.. pussy eyes in the morning, it's obviously they should know that this is not normal, please tell mom and let's go have it checked. Otherwise they just can't.. they don't know that this is not normal. What they must do, what they must look for. In the eyes. Extremely itchy eyes, pink eyes, they have conjunctivitis. Conjunctivitis is quite common in here.
I think that's the main problem right, the conjunctivitis.
Yes, the eye diseases, yes.
Keeping the hands clean. Not rub your eye. Touching you know, the eye.
Not with a towel from one eye to the other eye.
Yes.
Ok.
You don´t have posters of that?
No.
So that´s the education you think you need? The hygiene part is.. is good enough?
That's ok. The diseases not…
Ok. But from what grade will it.. because we were in grade R and in grade one, it's quite hard because we speak English and not Zulu and stuff, but.. from what grade would it be nice to teach about the diseases you think?
Grade four I think.
Ok. And is it.. ehm, do you like to see that we will just come once a year, twice a year to give the education, or to give you as teachers something so that if we are gone you can continue?
Yes, that would be good.
So we should make some ehm.., some education, some curriculum for you, so that you can use it.
Yes.
What kind of things do you need, material?
For our kids to learn everything needs to be visual. So posters.. concrete. They have to see it. Because sometimes you talk about something and they … some of them haven't been to movies. Simple things and things like that so..
And ehm, what kind of.. in what.. you told us that you teach by posters and by songs and stuff, but there is not like DVD, or computer. It's mostly on paper right, the material.
Yes. We have access to DVD. We've got a DVD-player.
Ok. And is there also access to a CD, or.. for music?
Yes.
Yes? And ehm.., but I guess it would be good to know in what way you teach. Because maybe your way of teaching is different from the way we teach in Holland. Like we are not teachers but we can give you material, but.. you are (Ingard).
No, I think it's different here, because in Holland we are ehm.., the children are very independent so. We give them something to do, and they..
Work on their own.
They do it without a teacher. And then they come back, and then we discuss the things: 'what's your experience, what's your experience, what can you learn from eachother'.And there's a lot of interaction. It's a whole other way of teaching. And I think you are doing it, eh.. in our eyes, the old fashion way. The teacher is in front of the class,
Gives the information.
… all the children are listening and they're repeating the things you say.

So I guess when we make the curriculum or when we make the lesson about this, would it just be.. something that you can tell right? And not really that all have questions to ask or..?
Yes. The activities, basically we teach and the kids do the activities after the lessons we taught. So that's basically.. because if I have to wright a topic, there will be silence. They won't be able to respond. You have to give them the words, the clues, and from there they can respond to you.
But I think, teaching can be fun. Teaching can be fun. So ehm.. I told you we have the same simular problems, ehm.., I think when you are searching for ways to make it fun for children, ehm.. in a play game, something like that, I think children will learn easier, and ehm.., will be more motivated.
With interaction you mean?
Yes but on a low level. So something like ehm.., the teacher has a ball in her hands and she asks a question, everyone thinks, and then she throws the ball to one of the children. If they catch it, the child has to answer. It's.. it's a little bit different but it's, it's fun.
With our kids, they love music, they love dance, and they love activities. But as soon as you put them back in the class there's, it's like, there's just ten percent that is listening and the 90's is just sitting there you know.
What do you actually mean by activities, and does it ehm, what is an activity and is it different at ehm.., junior grades and the senior grades?
Ok in the LO period there's two hours ehm.., per class per week. So basically the one hour is you are teaching, giving the information and the interaction, but the second lesson is when you go outside it's your physical education. Where you're supposed to go down and teach like sport. Like in one term you give volleyball, netball, soccer and.. so … teaching skills. But the problem is, we have taken away the PE teachers, the people that know how to teach these subjects. And you given teachers that haven't taught PE in their entire life. Like I can take my class down because I'm PE qualified. I know sports.
You're physically qualified?
Yes. So, this teachers that have not taught PE at all, and then you're telling them to teach, they don't know the rules, they don't know games. They know like simple throwing and catching. So ehm.., we need to bring back sport into the curriculum. Because like for our type of kids, they love being outdoors. And they love netball and they love soccer. So maybe, in terms of education, they can not get to that next level but the sports are here, that's where we can take and make the SA team and the travelling and.. more.
Ok. And when they are inside, for the other hour when they are inside, what kind of activities do they do then. Or is it then just listening?

Sorry, … can you continue tomorrow?
What we can do is tomorrow, you wanted some … , so maybe we can give you some information.
Yes, you can come to our classes, and show you what we are working on.
Yes is that.., and do we need to settle for a time, or do you.. what is your..?
We go according to a timetable so when we are having LO, so you can come in, yes.
And what ehm.., do we need to meet you just in the morning so you can say 'ok, meet me at that time', or in what way would you like to..?
In the morning.
Ok.
What time do you like?
With us in the foundation phase we are classroom based. So you can see us.. we will be in our classrooms all day.
Oh, ok.
In the foundation phase we don't go to other classes.
Could you maybe wright down your names, just as a last thing, because then, when we are looking for you, that we know what your name is.
Ok.(…)

But, do I see it right that you have different classes?
Yes, in this teachers like with the grades four, I don't teach the LO. There's another teacher that teaches the LO. If you want to come during that time, listen to her or you want her to help you with the materials, … we are able to assist you.
Ok. So it's not that you give one class ehm, lectures to one class. Like you have more.
Yes. Three classes we move.
Do you work with interaction and do you think it helps?
With interaction we mean that you ask a lot of questions and actually you let the child tell the story, by the questions that you ask to the child.
Yes. We have group discussions as well. We put them into groups and, if you taught a particular aspect, then they can discuss it. Like probably hygiene, how they have a bath.
Ok, (…). So we'll just see you somewhere tomorrow, there's no specific time or something, we can just.. visit.
Yes, we will make our plan.
Ok, thank you.
Thank you very much.

BIJLAGE 10

LABELS INTERVIEWS

Om de resultaten van de interviews te kunnen verwerken, zijn deze uitgeschreven als verbatim. Aan bruikbare uitspraken zijn aan de hand van de deelvragen en topics labels gehangen. Deze zijn hieronder geclusterd. Aan de hand van deze labels zijn vervolgens de resultaten geschreven.

Afkortingen:
UNM: uitgebreider niet mogelijk (bv door niet begrijpen, taal)

NG: niet gevraagd

GB: geen behandeling

KW: kennis weggezakt, vergeten

DBB: buiten BB, maar dichtbij

NV: nadat voorbeeld is gegeven

Huis:
K1: hutje/krot, 13 mensen

K2: hutje/krot, planken huis, 3 mensen

K3: stenen huis, DBB, 4 mensen

K4: hutje/krot, 3 mensen. UNM

K5: flat, DBB, 2 mensen

K6: hutje/krot, planken huis, 8 mensen

K7: hutje/krot, familie, UNM

M1: hutje/krot, 2 mensen

M2: Normaal stenen huis, ‘government house’

V1: hutje/krot, 6 mensen

V2: hutje/krot, 7 mensen

V3: hutje/krot, planken huis, 10 mensen

Leven:
K1: Ok, vind het leven met haar zus leuk.

K2: Vind het leuk

K3: NG

K4: Niet goed, daarna wel goed.

K5: Goed

K6: Slecht, crimineel, geen elektriciteit, geweerschoten, bang huis uitgezet te worden

K7: Slecht, niet veilig en te veel mensen

M1: Niet goed, niet slecht

M2: slecht, verschrikkelijk.

V1: wil verhuizen, veel criminaliteit

V2: niet erg leuk. Te veel criminaliteit

V3: Ok, maar niet echt goed. Te veen mensen en in het donker ben ik soms bang. Door de criminaliteit.

Water:

K1: tap, buitenshuis.

K2: tap, buitenshuis.

K3: kraan, in huis

K4: tap, buitenshuis, delen met 4-5 mensen, UNM

K5: kraan, in huis

K6: tap, buitenshuis. Wordt weleens afgesloten. Dan op school water halen.

K7: tap, buitenshuis, delen met 50 mensen

M1: tap, buitenshuis, delen met 100-200 mensen

M2: kraan, in huis

V1: tap, buitenshuis

V2: tap, buitenshuis, delen met 80 mensen

V3: tap, buitenshuis, delen met 50 mensen

Handen wassen – frequentie:

K1: 10 keer. Tijdens de afwas, met zeep.

K2: 4 keer. In de ochtend, ’s avonds, wanneer ik ga slapen, na het toilet en met eten.

K3: 5 keer. Na het toilet, na aanraken hond, bij eten, schoonmaken huis, bij doen van haar

K4: 4 keer. ’s Morgens, ’s avonds, voor het slapen. NV: na toilet, voor eten.

K5: Bijna altijd. Bij thuiskomst, na toilet… bijna altijd.

K6: Veel. ’s Morgens, voor het eten, na het toilet. Met Dettol

K7: Veel. ’s Morgens, voor het eten, na het toilet.

M1: Moet handen, na werken in de tuin, na toilet.

M2: De hele tijd. Wanneer ik iets heb aangeraakt. Overal kunnen bacteriën zijn.

V1: Altijd, als ik iets wil doen, in de keuken, bij het bereiden van eten. En na het toilet.

V2: 10 keer. ’s Ochtends, na het toilet, En voor het eten. En voor ik naar bed ga.

V3: Soms. Na het toilet, als ik eet, als ik opsta.

Handen wassen – waar:

K1: Thuis bij zus en op school

K2: Thuis en op school

K3: Thuis en op school

K4: Thuis en op school

K5: Thuis en op school

K6: Thuis en op school

K7: Thuis en op school

M1: Thuis, School n.v.t.

M2: Thuis, School n.v.t.

V1: Thuis, School n.v.t.

V2: NG

V3: Thuis, School n.v.t.

Persoonlijke hygiëne:

K1: NG

K2: goed

K3: goed

K4: goed

K5: goed

K6: NG

K7: NG

M1: NG

M2: NG

V1: NG

V2: NG

V3: NG

Eye-check:

K1: gehad, terugkomen voor evt. een bril

K2: gehad, vorig jaar. Bril nodig

K3: niet gehad

K4: vorig jaar

K5: vorig jaar

K6: gehad, bril nodig.

K7: niet gehad

M1: wordt nog gecheckt.

M2: vorig jaar, nu weer want nieuwe bril nodig

V1: Ja

V2: Ja, bril nodig

V3: NG

Bril:

K1: NG

K2: heeft niet meer, gebroken.

K3: geen

K4: heeft niet meer, gebroken, gevallen.

K5: geen

K6: ja, ligt thuis. UNM

K7: geen

M1: NG

M2: heeft niet meer, gebroken.

V1: Ja.

V2: lees- en verafbril.

V3: NG

Oogproblemen – wat:

K1: ja, iets in het oog gehad, onbekend.

K2: ja, kan het bord niet zien, beukende pijn: altijd

K3: nee

K4: ja, kan het bord niet zien, bonkende pijn: altijd

K5: nee

K6: ja, met zicht en droge ogen

K7: denkt van wel, kan het bord niet zien

M1: problemen met lezen

M2: problemen met zien, niet kunnen rijden.

V1: rood en geïrriteerd bij het lopen in de zon. Wazig zien, vooral 's ochtends.

V2: Nee, moeder wel: cataract.

V3: Ja, cataract.

Oogproblemen – dokter:

K1: Viezigheid, GB

K2: Nee

K3: Nee

K4: Nee

K5: NG

K6: ja, oogdruppels

K7: NG

M1: NG

M2: Ja, laser en cataract operatie.

V1: Nee, nooit geweest. Daarna, naar de 'trein'

V2: Ja, met moeder naar de 'trein', geen behandeling: we hebben geen geld.

V3: Ja, naar de 'trein' geweest. Niet behandeld, ik heb geen geld.

Onderwijs – hygiëne:

K1: Ja, op school.

K2: Ja, op school.

K3: Ja

K4: Ja

K5: Ja, school en andere mensen.

K6: Ja, op school.

K7: Ja
M1: Ja, op school

M2: Ja

V1: Ja, op school

V2: Ja, op school toen ik klein was.

V3: Ja.

Onderwijs – hygiëne – wat:
K1: UNM

K2: Mezelf schoon houden, tandenpoetsen voordat ik naar school ga.

K3: handen wassen na aanraken (vieze) dingen, voor het eten, na het toilet. Niet veel.

K4: UNM

K5: Vaak handen wassen, haar wassen

K6: UNM

K7: Mezelf schoonhouden, tandenpoetsen voordat ik naar school ga, handen wassen, haar kammen

M1: UNM

M2: hygiëne, hoe jezelf te wassen

V1: UNM

V2: Het ging over hoe we schoon moesten maken. En wassen, handen en eten. Om ziektes te voorkomen.

V3: Om schoon te zijn. Hoe jezelf te wassen, wanneer je handen moet wassen.

Onderwijs – oogaandoeningen:
K1: Ja, bij de dokter. UNM

K2: Nee, bij doorvragen ja. Oogaandoeningen

K3: Nee.

K4: Nee, bij doorvragen ja.

K5: Nog niet. Zou het wel willen weten.

K6: Nee

K7: Nee

M1: Ja

M2: Nee

V1: Nee

V2: Nee

V3: Nee

Kennis oogaandoeningen:

K1: Geen respons.

K2: KW. NV Pink Eye, geen cataract

K3: Geen. NV Pink Eye, geen cataract

K4: KW: NV Pink Eye, geen cataract

K5: Geen. Wil het wel.

K6: Geen. UNM.

K7: Geen. NV Pink Eye, vriend heeft dat gehad. Het was rood, verder KW

M1: Cataract en Pink Eye

M2: alleen: wanneer je oogproblemen hebt: gebruik oogdruppels. Meeste cataract.

V1: Geen.

V2: Cataract, door moeder. Geïrriteerde ogen.

V3: Cataract

Doorverwijsmogelijkheden/behandelingsmogelijkheden:

K1: NG

K2: NG

K3: NG

K4: NG

K5: NG

K6: NG. Is naar dokter geweest.

K7: NG

M1: UNM

M2: Ik was in het ziekenhuis, van de overheid. Het kost veel tijd, hele dag wachten. Niet duur, ik denk dat iedereen erheen kan.

V1: ‘trein’, heeft alleen bril gegeven. Oogdruppels verkrijgbaar in de winkel. Kan ik kopen als ik genoeg geld heb.

V2: Ziekenhuis mogelijk, maar dat is ver weg en lang wachten.

Wat denken mensen als je een oogziekte hebt?

V1: geen respons, na doorvragen: ze zouden ons er meer over moeten vertellen. Gevaren en oorzaken.

V2: Geen reactie. Ik begrijp het niet. Mensen kijken je aan omdat ze zien omdat het er niet normaal uit ziet. UNM.

BIJLAGE 11

VERBATIM GESPREK MET 2 KINDEREN VAN BROOKLYN HEIGHTS NA VOORLICHTING

So we just told you the story about ehm.. the hygiene and about the germs, and ehm.. washing your hands, washing your face. And we were wondering ehm.. what you already knew about hygiene and about washing your hands. Did they ever told something at school about it?
Yes.
Yes? And what kind of things did they tell you about?
Wearing underwear, washing hands, and we must clean our body, and we must keep ourselves safe.
So you already know a lot about it.
Yes.
And did the teacher tell you what to do with your eyes?
Yes. They said we must clean our eyes and we must not touch our eyes with our dirty hands.
Ok, and did they also tell you what could happen if you touch your eyes with dirty hands?
There can come dirt into your eyes. And then you can't see.
And did they already told you about the germs or were we the first ones?
They said we must wash our hands every day.
Yes. And ehm.., are you able to wash your hands at home?
Yes.
How much do you clean your hands at home? How many times?
Three.
Three times, and when? … Before you eat, or something else?
When I go to eat I have to wash my hands. When I go to eat.
So you have water at home to wash your hands?
Yes.
And is it with a sink, or is it somewhere in another building, or.. what does it look like?
The sink.
The sink?
Yes. And when you are coming back from play, and you are going to touch your food with your dirty hands there will be germs. And you eat without washing your hands your food will be dirty. And you eating, and you will get sick.
Good, thank you. And what are the things you have to learn from the education we have to give?
We have to learn about cleaning our bodies and keep our bodies safe.
Alright. Have you heard some new things?
Yes.
And can you tell me what those new things are?
Those things are that you… (recording ends here)

BIJLAGE 12

RESULTATEN FOCUSGROEP DISCUSSIE MET DOCENTEN BROOKLYN HEIGHTS

Om een goede voorlichting te ontwerpen, is het van groot belang dat er nagegaan wordt hoe deze voorlichting het beste aansluit op de doelgroep. Wanneer dit niet gebeurt, zal er geen communicatie tot stand gebracht worden, waardoor het doel van de onderzoekers niet behaald wordt, namelijk het overbrengen van kennis over ooghygiëne en oogproblematiek. De onderzoekers hebben gekeken naar de meest effectieve en beste manier om informatie te verkrijgen over zowel de doelgroep als de behoefte ten aanzien van de inhoud van de voorlichting. In de procesbeschrijving is de totstandkoming van het voorlichtingsprogramma beschreven. Uiteindelijk zijn de onderzoekers met de docenten van Brooklyn Heights in gesprek gegaan over hun zienswijze ten aanzien van zowel kennis over (oog)hygiëne als oogproblematiek en de vraag hoe de onderzoekers deze kennis hierover het beste kunnen overbrengen. Dit is gedaan door middel van een focusgroepdiscussie waarvan de betekenis in het hoofdstuk van methodiek te vinden is. Naast Ingard en drie onderzoekers waren er vier docenten van de Brooklyn Heights School aanwezig. Deze docenten zijn door de directeur aangewezen om met ons deze focusgroepdiscussie te doen. Twee docenten zijn van de lagere klassen en twee docenten geven les aan de hogere klassen. Dit betekent dat zowel boven- als onderbouw vertegenwoordigd waren tijdens de focusgroepdiscussie. Bij aanvang van het gesprek is toestemming gevraagd voor het opnemen van het gesprek om de betrouwbaarheid te vergroten. De uitwerking hiervan is terug te vinden in de bijlage.
Het doel voor de onderzoekers was om binnen het gesprek helder te krijgen waar de docenten meer voorlichting over zouden willen ontvangen en hoe dit het beste gegeven kan worden aan de inwoners van Bottlebrush. Dus eigenlijk nagaan waar de vraag ligt ten behoeve van het aanwezige kennisniveau. Vooraf zijn er een aantal vragen als richtlijn opgesteld door de onderzoekers die ter ondersteuning gebruikt werden bij de verheldering van het doel.
De volgende vragen zijn gesteld met als resultaat het volgende respons:

In hoeverre krijgen de kinderen hier les over hygiëne?
Vanaf de eerste klassen wordt er gedurende de gehele basisschooltijd les gegeven over hygiëne en persoonlijke verzorging. Dit is terug te vinden in de boeken van *Life Orientation*. De kinderen weten dat het belangrijk is en waarom het belangrijk is.

Zo ja, in welke vorm wordt er kennis overgedragen over hygiëne gegeven?
Er wordt aandacht besteed aan hygiëne in de boeken van *Life Orientation*. Elke klas heeft dit vak en elk jaar wordt er dieper op hygiëne en het belang hiervan in gegaan. Kinderen wordt bijvoorbeeld geleerd hun uniform te wassen, tanden te poetsen en hoe ze een handdoek moeten gebruiken. Hoe hoger de klas waar de kinderen in zitten, hoe diepgaander het onderwijs wordt. Zo wordt op een gegeven moment aan meisjes onderwijs gegeven over menstruatie en hoe ze met maandverband om moeten gaan. Ook komen er instanties naar de school toe, waaronder Allways en Dettol, om de kinderen kennis over hygiëne bij te brengen. Ook geven zij maandverband en zeep aan de kinderen.

De directeur kwam met de vraag of wij voorlichting wilden geven over hygiëne. Waarin zouden jullie voorlichtende ondersteuning kunnen gebruiken?
Er werd door de docenten gevraagd of de onderzoekers voorlichtend materiaal aan zouden kunnen bieden over oogproblematiek in de Grades 4 t/m 7. Geen hygiëne voorlichting, maar voorlichting met betrekking tot oogproblematiek. Waar kunnen de kinderen problemen aan herkennen en wat is vervolgens belangrijk wel of niet te doen. Als voorbeeld werd door leraren gegeven dat ze niet in hun ogen moeten wrijven. Conjunctivitis of pink eye komt veel voor aldus de leraren, zij zouden graag zien dat daar aandacht aan wordt besteed.

Kunnen jullie wat meer vertellen over jullie manier van lesgeven?
De docenten proberen zoveel mogelijk les te geven door gebruik te maken van activiteiten, muziek en posters; vooral veel beeldend materiaal. Verder wordt er in het lesmateriaal aandacht besteed aan hygiëne. In totaal krijgen de kinderen twee uur per week les: 1 uur klassikaal onderwijs en 1 uur ~~beweging~~ fysieke beweging. Op de school is echter geen docent aanwezig die opgeleid is om deze sportlessen te geven. Sommige docenten zijn wel gekwalificeerd om dit te doen. Degenen die dit niet zijn hebben weinig kennis om deze lessen goed te geven.

Op welke wijze kunnen wij de voorlichting het beste overbrengen, zodat het aansluit op onze doelgroep?
In verband met externe factoren (zoals de thuissituaties, armoede, slaapgebrek enzovoort), waar de school relatief weinig aan kan doen, is het voor sommige kinderen lastig het geleerde uit te voeren. De docenten gaven het advies om bij de voorlichting gebruik te maken van liedjes en kaarten of posters met afbeeldingen.
Verder vonden de docenten het fijn als we materiaal aan zouden leveren wat zij op kunnen nemen in hun curriculum en dit kunnen gebruiken om les te kunnen geven. Hierbij was volgens hen het gebruik van posters, dvd's en cd's een aanrader. Drie pijlers binnen het onderwijs in Zuid-Afrika zijn muziek, dans en activiteiten, omdat via deze speelse wijze geleerde dingen beter blijven hangen.

Daarnaast gaven de docenten aan dat ze het moeilijk vonden om de kinderen vooraf te screenen om een selectie te maken voor het screenen en eventueel meten van de ogen. Ze vertelden dat ze het moeilijk in te schatten vonden of kinderen oogproblematiek hebben, of dat er sprake was van andere problematiek waardoor ze eventueel minder goed konden zien en opletten tijdens de les. Hierover zouden de docenten het liefst meer kennis of herkenningspunten hebben.

Hoe is het met de hygiëne in Bottlebrush gesteld?
Er zijn binnen Bottlebrush verschillen tussen de mensen onderling. De minderheid (25% werd aangegeven) kan zich een eigen watertap en toilet permitteren, maar over het algemeen is er één gezamenlijk toilet en één gezamenlijke watertap voor 6-8 gezinnen. Negen van de 39 kinderen heeft geen faciliteiten ten aanzien van deze aspecten.
De mate waarin persoonlijke hygiëne wordt toegepast door de kinderen, wordt voor de docenten zichtbaar door de mate waarin de kinderen er verzorgd bij lopen. Daarnaast is het ook een kwestie van aan- of afwezigheid van middelen en mogelijkheden of de kinderen persoonlijke hygiëne toepassen, omdat er niet voor elk kind de mogelijkheid is om hygiëne toe te kunnen passen. Soms komen kinderen dan ook ongewassen naar school met vieze kleren.

Welke voorzieningen en middelen zijn er beschikbaar ten aanzien van het bevorderen van hygiëne?

Er wordt les over gegeven binnen de lessen *Life Orientation*. Daarin wordt hygiëne uitgebreid besproken en aangepast op de leeftijd van het kind. Er hangen posters om beeldend te ondersteunen wat zo belangrijk is aan hygiëne en waarom. Er worden regels gemaakt waar kinderen zich aan dienen te houden. Zo wordt de conditie van het uniform besproken, en bijvoorbeeld dat ze hun tanden moeten poetsen voordat ze naar school gaan.

Wat is de rol/houding van de ouders en opzichters van de kinderen ten aanzien van opvoeding en onderwijs?

Kinderen krijgen weinig ondersteuning van hun ouders. Zij verwachten dat de docenten hun kinderen opvoeden, liefde geven en les geven. Er werd aangegeven dat de docenten dus zelf alle verantwoordelijkheid hebben voor het leerproces van het kind. Wanneer er overlegd moet worden over de toekomst van het kind zijn ze over het algemeen niet geïnteresseerd of is er een taalbarrière, omdat de ouders Zulu spreken en de kinderen en leraren Engels als voertaal hebben op school. Dit werd door een andere docent gecorrigeerd, aangezien zij zelf Zulu spreekt en dus prima met de ouders zou kunnen communiceren. De docenten zeggen zelf dat het waarschijnlijk de omstandigheden en desinteresse de redenen zijn waarom ouders niet naar school komen.

Hoe is de algemene gezondheidszorg geregeld in Durban?

De basisgezondheidzorg is beschikbaar voor iedereen en is gratis. Dit is echter een lang traject. Mensen moeten eerst naar een lokale kliniek waar ze onderzocht worden. Wanneer ze gespecialiseerde zorg nodig hebben, gaan ze naar het ziekenhuis. Hier moeten ze ’s ochtends vroeg achter in de rij aansluiten en vaak de hele dag wachten op hun beurt. Ze werken niet met afspraken en aangezien mensen moeten werken en kinderen naar school gaan, is het lastig om van deze bestaande mogelijkheid gebruik te maken.
Kinderen die bijvoorbeeld te maken hebben met oogaandoeningen die niet te verhelpen zijn met een bril, hebben wel de mogelijkheid om begeleiding te krijgen. Volgens de docenten is dit echter lastig, en hebben ze met dit probleem al jaren te maken. Er schijnen psychologen te zijn waar kinderen naar toe kunnen. Dit wordt om een onbekende reden niet gedaan.

BIJLAGE 13

FEEDBACK OP DE PRESENTATIE VAN MIRANDA EN INGARD

Miranda Tollenaar:
Opdrachtgeefster afstudeeronderzoek en teamleidster Eye Wave

Ingard Lachman:
Assistent directeur twee multiculturele basisscholen in Rotterdam en teamlid Eye Wave

Gevraagde feedback aan de mensen uit het Eye Wave team die bij de presentatie aanwezig waren.

1. **Wat vonden jullie goede aspecten die terug kwamen in de presentatie?**
- Respons Miranda: Ik vond alles goed. Was precies goed zo. Voor de teachers dan.
- Respons Ingard: Ik vond het duidelijk dat jullie startten aan het begin met een kort overzicht van wat jullie gingen vertellen en door wie dat zou worden gedaan. Ik vond het goed dat er visuele ondersteuning was bij jullie verhaal d.m.v. inzet van de laptop.

2. **Wat zijn de aspecten die jullie gemist hebben of die anders zouden kunnen tijdens de presentatie?**
- Respons Miranda: Er zou een deskundige bij moeten zijn die veel weet van ogen.
  Ik zou het interactiever maken.
- Respons Ingard: Ik vind net als Miranda dat het goed zou zijn geweest om het interactiever te maken. Bijvoorbeeld kleine opdracht in 2-tallen en daarna plenair of het toepassen van de 2 teach-technieken met het lerarenteam.

3. **Hoe vonden jullie dat de teachers reageerden op de presentatie?**
- Respons Miranda: Actief. Ze stelden interessante vragen. Je merkte een 'honger'. Dus dat zou je nog uit kunnen buiten
- Respons Ingard: De meesten waren echt geïnteresseerd! Een kleine groep zat er denk ik ook omdat het moest van hun directeur en waren wat afwachtend??

4. **Denken jullie dat de presentatie over het voorlichtingsprogramma een toegevoegde waarde is voor de toekomst?**
- Respons Miranda: Zeker.
- Respons Ingard: Absoluut!

5. **Hebben jullie aanbevelingen ten aanzien van dit gegeven voorlichtingsprogramma?**
- Respons Miranda: -
- Respons Ingard: Voorwaarde stellen denk ik dat de schooldirecteur aanwezig is bij voorlichting aan het team, zodat aanpak eerder opgenomen zal worden in een stuk beleid. Een manier bedenken om ouderbetrokkenheid te verhogen m.b.t. dit probleem.

Algemene tip Miranda: Misschien goed om dergelijke vragen op een rijtje te zetten voor de voorlichting voor de kids.

BIJLAGE 14

VOORLICHTINGSPROGRAMMA DOCENTEN BROOKLYN HEIGHTS

In deze bijlage staat het voorlichtingsprogramma wat we hebben overhandigd aan de docenten van Brooklyn Heights.

Eye Health Education Programme



Durban, South - Africa
May 2012

Lydia Allemekinders, Lukas van de Haar, Eelke 't Hart, Elianne de Kat, Margriet Mellema
Students from the health academy at the Christian University of Applied Sciences Ede, The Netherlands.

Introduction

This document represents a teaching programme concerning eyeproblems, made for teaching children from the informal settlement Bottlebrush and attending the Brooklyn Height Primary School. In this teaching programme, normal and abnormal eyeconditions will be disucussed. The document includes the signs, symptoms, prevention and treatment of several eyediseases. All of this with the purpose to make the children aware of what is the normal and abnormal functioning of the eye, so they will notice when an eyedisease is setting in. In this way, hopefully this teaching programme will contribute to a decreasing prevalence and prevention of eyediseases in Bottlebrush.

By repeatedly emphasizing the importance of good eyecare, hopefully the children will remember and apply the gained knowledge. Research states that 90% of the people coping with visual impairment, live in developing countries and according to the World Health Organisation, the main cause of this problem is the lack of general health care. They also state that 80% of visual impairment is preventable. This is why it's very important to teach the children about eyediseases and prevention, which can be done by implementing teaching about the eyediseases in the current Life Orientation classes.

We hope that this teaching material will be helpful to decrease and prevent eyeproblems of the children here at Brooklyn Height. We feel grateful for the nice cooperation with the teachers and their interest and enthusiasm!

This document is made for the teachers of Brooklyn Height Primary School in Chatsworth, Durban, South-Africa. It's made by five students from Holland who are studying nursing. They are working together with the teachers of Brooklyn Height to make a good educative eyedisease programme for the children.

Lydia Allemekinders
Lukas van de Haar
Eelke 't Hart
Elianne de Kat
Margriet Mellema

South-Africa, Durban
05-10-12

Instruction for teachers

This part of the document describes how the teachers can educate the children about eye health education. First of all, there is shown a new way of teaching, which will be explained and after this the eye diseases are described.

Teaching methods

Teach like a champion

Doug Lemov has done a study about the best way of teaching children. What is the key factor in the fact that children achieve good study results. Doug Lemov has figured out that the way a teacher teaches, is a main cause for the study results of the children. He created different ways and techniques to teach and thus stimulate the children in paying attention and achieving good results. Two of these techniques will be described to the teachers of Brooklyn Height Primary School, so they can use these methods while giving the education about eyehealth-education and eyehealth-problems. These methods are chosen since it's a new and different way of teaching the children. The children are more involved to the education, they will gain more knowledge about eye health education and eye problems.

Technique 1: NO OPT OUT

In typical classes, when students don't know an answer, or don't want to try, they quickly learn the teacher will leave them alone if they respond to a question with "I don't know" or shrugging their shoulders. The teacher then moves on to another student. Instead, NO OPT OUT is a useful tool to get all students to the right answer, as often as possible, even if only to repeat the correct answer.

For example, on day one to review you ask Charlie, "What is 3 times 8?" He mutters, "I don't know" and looks away. Many teachers don't know how to respond, and students come to use "I don't know" to avoid work all year long. Instead, at a minimum, you can turn to another student, ask the same question, and if you get the correct answer, turn back to Charlie, "Now you tell me what is 3 times 8."

Charlie, and all of the students, have just learned that they can't get off the hook and must do the work in your class.

In a more rigorous form of NO OPT OUT you or another student can provide a cue. For example, in a class where a student was unable to identify the subject of the sentence, "My mother was not happy" the teacher asked another student, "When I am asking you for the subject, what am I asking for?" The second student responded, "You are asking for who or what the sentence is about." Then the teacher turned to the first student and said, "When I ask for the subject, I am asking for who or what the sentence is about. What's the subject?" This time the student was able to respond correctly, "Mother." The sequence began with the student unable to answer and ended up with him giving a correct answer. Note that the tone in most classrooms that use NO OPT OUT is positive and academic and using it only reinforces the teacher's belief in students' ability to get the right answer.

Technique 24: PEPPER

Pepper is a game to reinforce skills – it does not teach new skills. The teacher tosses a question out to students and if the student gets it right, the teacher moves to the next question. If the student is wrong, the teacher calls on someone else to answer. There is no discussion of an answer because it's a fast-paced review. (Lemov 2010)

The eye-education

It's important to educate the children about the normal function of the eye. Otherwise the children will not know what the teacher is talking about, while listening to the eye-education.
There is picture about the normal eye, which describes the anatomy of the eye, so the teachers can show it to the children.

After that the eye-diseases can be explained:

- *Explain cataract (use figure 2)*
- *Explain pink eye (use figure 3)*
- *Explain pterygium (use figure 4)*
- *Explain glaucoma (use figure 5)*

There's a leaflet about hand hygiene in this document. Every student should know about hand hygiene, because dirty hands is a main cause of many (eye)diseases.

- *Copy the Handwashing Leaflet and give it to every student*.

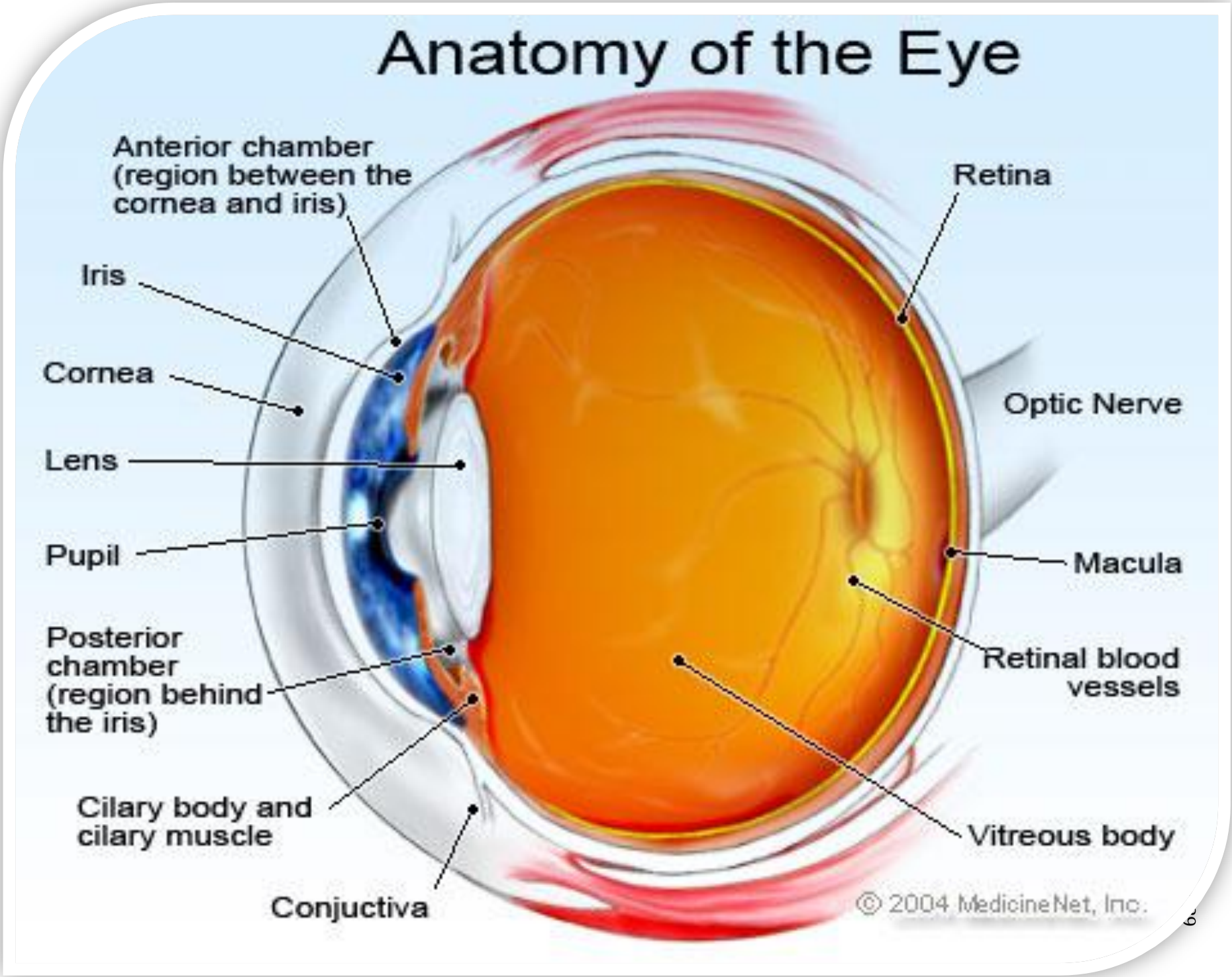
Normal eye

(Show figure)

The eye is a sensor which receives signals from the environment. Those signals will be send to the brain where they will be converted into images and saved as a memory. That's what makes us able to see the world around us.

From the outside of the eye we see the cornea / sclera / iris / pupil / lens / conjunctiva.

- Cornea
  - The cornea is the front transparent part of the eye. It's a continuation of the white part of the eye, called the sclera.
  - The cornea functions as a lens and cares for the breaking of rays
- Iris
  - The iris determines the colour of the eye. The function of the iris is, like a diaphragm in a camera, that the view will not be over lighted. The colour of the iris is determined by the appearance of pigment. Less pigment is blue or grey eyes, more pigment is dark eyes.
- Pupil
  - The pupil is a round opening in the iris. The rays of light are going through the pupil. In bright light the pupil turns smaller and in darkness the pupil is bigger. This is to control the amount of light that enters the eye.
- Lens
  - The lens is behind the cornea and is visible through the pupil.
  - The lens can change from form and thickness so it's possible to see sharp at different distances.
- Conjunctiva
  - The conjunctiva is the mucous lining of;
    - The inside of the eye-lids.
    - The outside of the eye-ball.
  - The conjunctiva is red at the inside of the eye-lids, because of the blood vessels.


Anatomy of the Eye
Anterior chamber (region between the cornea and iris)
Iris
Cornea
Lens
Pupil
Posterior chamber (region behind the iris)
Cilary body and cilary muscle
Conjuctiva
Retina
Optic Nerve
Macula
Retinal blood vessels
Vitreous body
© 2004 MedicineNet, Inc.

Eye-diseases

Cataract

(Show figure)

Cataract is a disease of the eye, due to

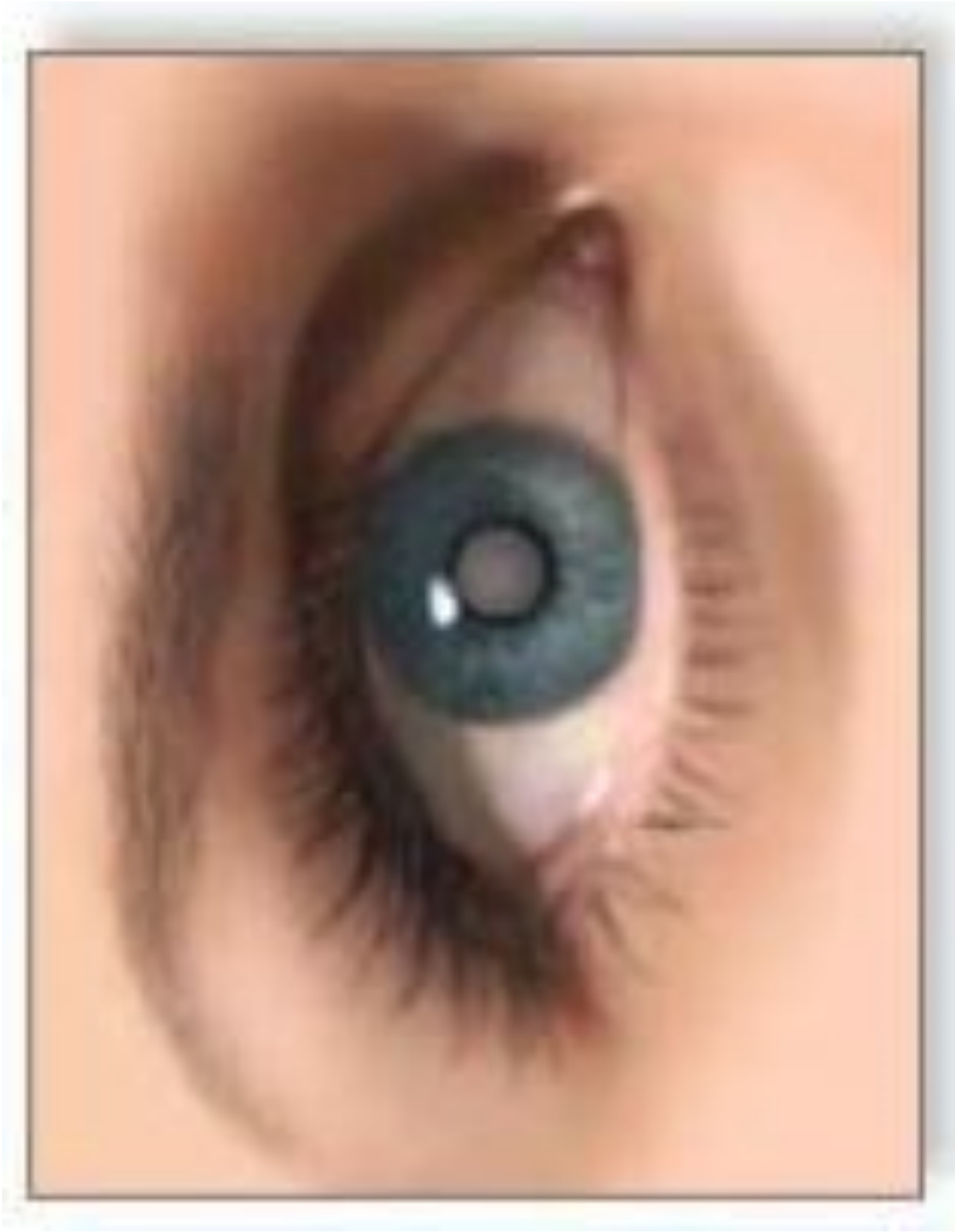
- The fact that the mother is infected with the rubella virus, when the child is inside womb
- Aging
- Diabetes / internal eye-diseases / some medications / wounds of the eye due to a sharp object or contact with chemical substances.

Signs and symptoms

There are different signs and symptoms. It is possible that, when you have cataract:

- Your view gets less or misty (when you are reading, watching television)
- You see double or with some shadow
- You'll experience colour differences (seeing things less colourful or more grey)
- You can have difficulties with the brightness of light and light flashes, for example driving towards the sun.
- You need new glasses in a very short time, because the functioning of your eyes are decreasing fast

Surgery can be needed. So it's important to see a doctor.



Pink eyes

(Show figure)

The conjunctiva is the mucosa, which is laid at the inside of the eyelid and covers the eyeball. Conjunctivitis means that there is an infection of the conjunctiva. This causes small blood vessels in the membrane to become more visible, which causes the pink or red cast to the white of your eyes.

Conjunctivitis is infectious and easily transferable from person to person by direct contact.

Causes of conjunctivitis / pink eyes :
Pink eye can occur by people of any age. The conjunctiva reacts to a wide range of viruses, bacteria, allergy-provoking agents and toxic agents, and underlying diseases within the body.

- Viral Pink Eyes
    - A viral pink eye begins often in one eye and then infects the other eye, within a few days. Pink eyes are mostly associated with colds or with symptoms of a respiratory infection, like a sore throat. Viral pink eyes usually produce a watery discharge.
- Bacterial pink eyes
    - Bacterial pink eyes are due to the common pyogenic (pus-producing) bacteria, often produces a thicker, yellow-green which may cause the eye-lids stick together, especially after sleeping (most common by children).
- Allergic pink eyes
    - This affects both eyes and is a response to an allergy-causing substance, such as pollen. It causes an intense itchy feeling and often involves some eye-swelling.
- Irritant or toxic pink eyes
    - Irritation from a chemical substance or foreign object in your eye
- Other causes of pink eyes
    - Pink eyes can also be caused by the use of contact lenses or Vitamin A deficiency.

Symptoms of conjunctivitis/ pink eyes:
The inflammation of pink eyes can be irritating; it rarely affects your vision.

- The white part of one or both eyes turns pink, or in the worst case red.
- A gritty feeling in one or both eyes.
- Irritation in one or both eyes.
- Crusts that form on the eyelid overnight.
- Increased tears.
- Increased sensitivity to light.

Treatments of Pink Eyes

- In case of bacterial infection → You must see a doctor, who could prescribe you some medication.
- In case of a viral pink eye → your signs and symptoms should leave within one or two weeks by itself. You should avoid touching your eyes or sharing towels and washcloths.
- In case of allergic pink eyes → You should see a doctor who can prescribe some medications. And when possible: if you know what causes the inflammation, you should avoid the cause of the allergic reaction.

How to prevent the spread of pink eye:

- Good hygiene:
    - Avoid touching your eye or the area near your eyes with your hands
    - Don't use the same towel for both your eyes
    - When it's possible, you should see a doctor



Pterygium

(Show figure)

Pterygium is a disease in which the conjunctiva grows over the cornea. It's a tissue which grows in a triangle wing and can decrease the view when it grows over the pupil. Mostly pterygium starts from the nose-side of the eye, but it can also occur on the other side of the eye.

Cause

The cause of pterygium is still unknown. Probably UV-light influences the growth of pterygium, because pterygium is more present in countries with a warm and dry climate. Chronic irritation can also be a cause, due to a dry and dusty environment.

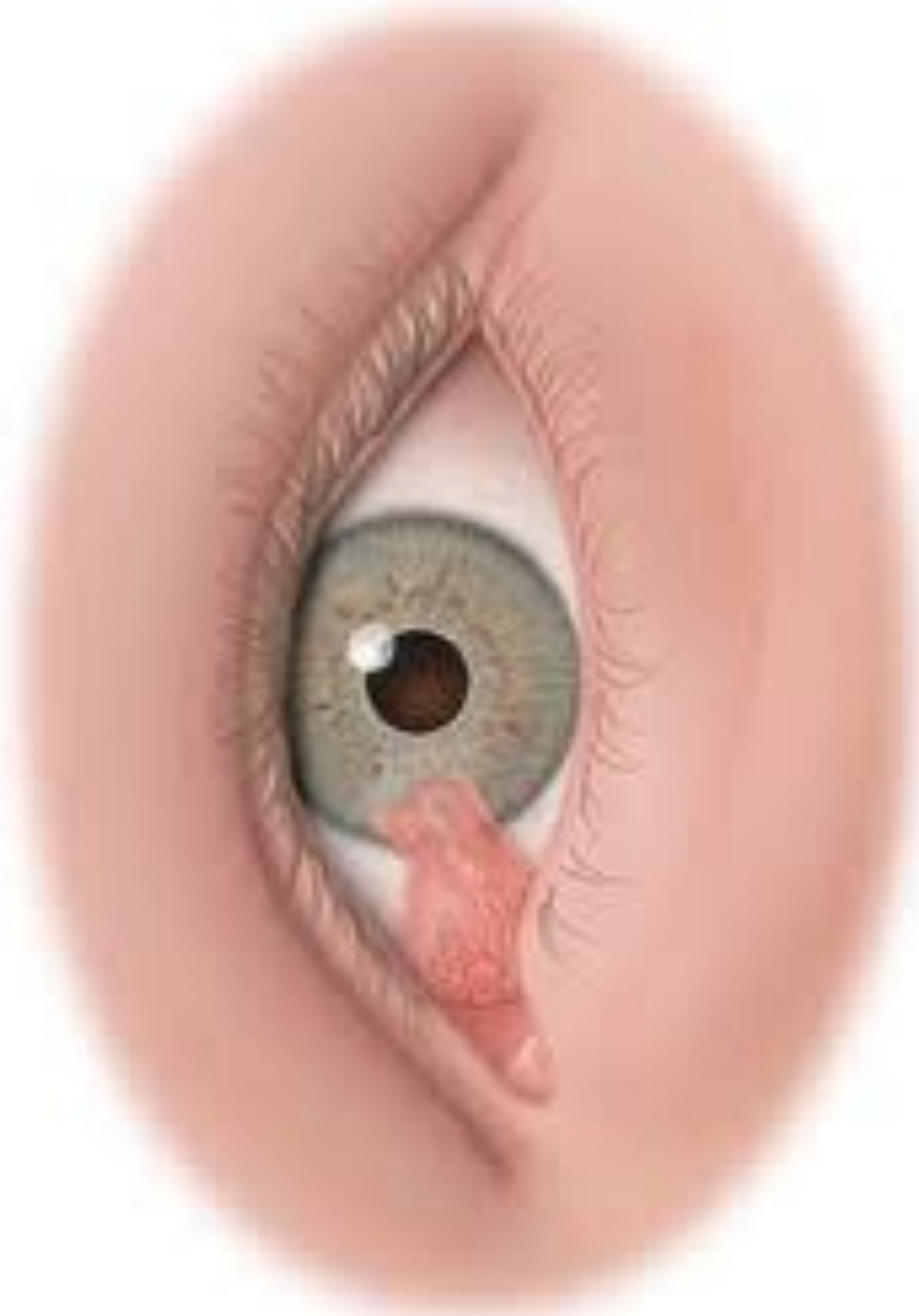
Signs and symptoms

Although there aren't many complains of pterygium, there are different symptoms:

- Chronic irritation → the eye turns red at the side of pterygium. It can grow over the pupil.
- Decreasing of the view → If pterygium reaches the centre of the cornea, the eye cannot moisture sufficiently, because the tear film of the cornea is not equal.
- Astigmatism; due to pterygium the transparent cornea at the front side of the eye is unequal. Because of that the view will be decreased.
- Other symptoms are: redness, eye-burning and decreasing of tears.

Treatment

Pterygium can be treated with antibiotics and other medicines. Surgery is needed to remove the pterygium. Protecting the eyes from ultraviolet light with sunglasses often will stabilise the growth of the pterygium.



Glaucoma

(Show figure)

Causes of glaucoma
Glaucoma is a chronic eye disease, in which the pressure in the eye ball is too high. The nerves and vessels in the eye are blocked, due to the fact that water from the inside of the eye can't be transported out of the eye. The balance between making and drainage of the water transported in and out of the eye, is interrupted.

Symptoms of glaucoma
The decreasing of the retina goes gradually. The eye sight decreases because vessels and nerves are blocked due to the pressure in the eye. First the sides of the view is decreasing: starting at the outside and gradually goes to the centre. This process is irreversible.

Treatments of glaucoma
Further damage can be prevented, by taking care of the pressure in the eye ball. This can be achieved by using medication such as eye drops, and later on a (laser)operation. These will make sure the fluid is able to leave the eye, or to make sure less fluid is made.

How to prevent glaucoma
Glaucoma is not preventable. Further damage can be taken care off by going to a doctor immediately for treatment.

Changing

Sight

With

Glaucoma



BIJLAGE 15

EDUCATION BROOKLYN HEIGHTS

Introducing Eye Wave; we screen and provide glasses if necessary.

Today we are here in your class to see whether you know why people need glasses and in what way you can take good care of your eyes.

- So let's start with the reason why people need glasses, does anyone know?
  People wear glasses because their eyes don't work that well anymore. A lot of old people wear glasses because their eyes get old, but also children might need glasses to see better.

- Is there any difference in glasses?
  For example; the strength of the glasses is stronger/ higher, they look different and can have a different function, like distance seeing or for example nearby seeing for reading.

- And why do people wear sunglasses?
  Sunglasses protect your eyes for the sun, because the sun shines very bright and this brightness can damage your eyes.

- What other advantages are there when you wear glasses?
  For example; it protects your eyes from things getting in, it shields your eyes for the wind, you can see better!

- What are disadvantages when you wear glasses?
  For example; your glasses can get broken, you can lose it, or for example when you're playing soccer a ball can hit the glasses and hurt your head. You have to wear your glasses in order to see better. Sometimes you feel like you have to be more careful than people without glasses.

- How can you take good care of your glasses?
  (How do clean them for example? Or where do you put it when you don't wear it?)

- And about taking care of things.. How do you take good care of your eyes? Even when you DON'T wear glasses?
  For example; Do you ever clean your eyes? Do you make sure your hands are clean before you touch your eyes?

- Does anyone know why you have to clean your eyes?
  Because it can damage your eyes when you don't do it. Your eyes can get irritated and eventually it can get infected. Irritation and infection are caused by dirty bacteria.

- When your eyes are getting dirty, eventually they can get infected. Does anyone know what an infected eye looks like? Or what it feels like?
  For example; Your eye looks red and can be swollen. They can come pus or tears out of your eyes, which can make your eyes feel sticky. Your eye can also hurt or feel itchy. The main thing is that your eye looks reddish/ pink.

- As we told before, dirty bacteria cause irritation and infection in your eyes. In what way can dirty bacteria get in your eyes?
  Dirty bacteria are like little monsters, which are só small that you cannot see them with your eyes. But still, they are actually everywhere. Dirty bacteria like to travel on things, like your hands, a book, a table, a pen or whatever. Because your hands touch a lot of things during the day, there are a lot of bacteria on your hands; way more than there are in your eyes. Because your eyes are not used to the dirty bacteria that are on your hands, your eyes can get irritated and infected when your fingers touch your eyes or when you are rubbing your eyes. That's why it is important to make sure that your hands are clean when you touch your eyes!
  When there are a lot of dirty bacteria together in your eyes, your eye gets infected. Still, the dirty bacteria can travel from one eye to the other eye. So when your eye feels itchy and is red for example, make sure that WHEN you rub your eyes, you rub it with something clean. And that when you touch your OTHER eye, you won't let the dirty bacteria enter your clean eye. So make sure that whenever you touch your eye; with your hand OR something else – That you touch your eye with washed hands or with something that is clean. When you make sure you fight the dirty bacteria, you are working on your personal hygiene. By washing your hands you scare away the dirty bacteria and you have won the battle against irritated and infected eyes to prevent eye problems!

BIJLAGE 16

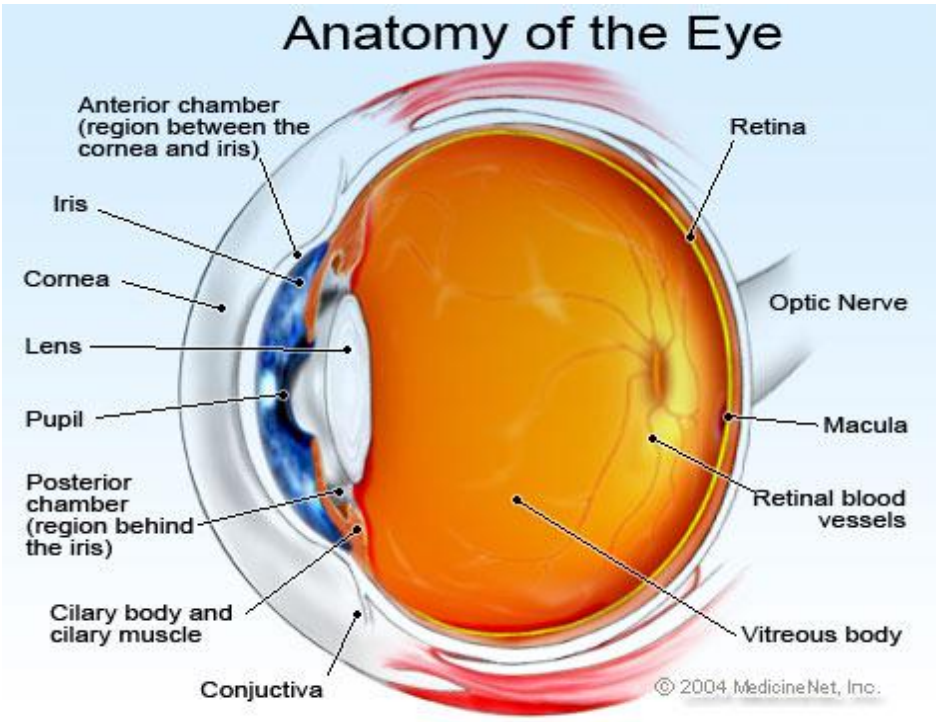
EDUCATION TEENAGERS ASOKA HIGHSCHOOL

Wat is het doel van de voorlichting en hoe kunnen we dit bereiken?

Slide with
- Picture of disease Signs and symptoms / cause / treatment

Introducing ourselves
- Names
- Where do we come from
- What are we doing in Durban
- What's the plan for today
- Raise your hands if you have any questions.

Normal eye
We will not tell everything of the eyes, right now we will tell you the most important things of the eye. So you'll more understand the eye and the terms we are talking about.
The eye is a sense which works as a receiver that catches signals from the environment and gives through the brains. In the brains the signals will convert in observations and saved in the memory. In the brains we are aware of the things we see.
From the outside of the eye we see the cornea / iris / the opening of the pupil and the sclera.
- Lens
    - The lens is behind the cornea and visible through the pupil-opening.
    - The lens can change from form and thickness so it's possible to see sharp at different distances.
- Pupil
    - The pupil is a round opening in the iris. The rays are going through the pupil. In flash light the pupil turns smaller and in darkness the pupil is bigger.
- Cornea
    - The cornea is the front transparent part of the eye. It's a continuation of the white part of the eye, called the sclera.
    - The cornea functions as a lens and cares for the breaking of rays
- Conjunctiva
    - The conjunctiva is the mucous lining of;
        - The inside of the eye-lids.
        - The outside of the eye-ball.
    - The conjunctiva is red at the inside of the eye-lids, because of the blood vessels.
- Iris
    - The iris determines the colour of the eye. The function of the iris is, like a diaphragm in a camera, which ensures that the view will not be over lighted. The colour of the iris is determined by the appearance of pigment. (less pigment is blue or grey eyes / more pigment is dark eyes).


Anatomy of the Eye
Anterior chamber (region between the cornea and iris)
Iris
Cornea
Lens
Pupil
Posterior chamber (region behind the iris)
Cilary body and cilary muscle
Conjuctiva
Retina
Optic Nerve
Macula
Retinal blood vessels
Vitreous body
© 2004 MedicineNet, Inc.

Eye diseases

Cataract

Cataract is a disease of the eye, due to

- An infection of the mother, when the child is still in the womb;
- Aging;
- Diabetes / internal eye-diseases / some medications / wounds of the eye due to a sharp object or contact with chemical stuff.

Signs and symptoms

There are different signs and symptoms. It is possible that, when you have cataract:

- You see less or misty (when you are reading, watching television or while reading);
- You see things double or with some shadow;
- You'll experience colour differences (seeing things less colourful or greyer)
- Dazzle or brightness (you'll discover trouble with sunlight);
- You need new glasses in a very short time.

Pink eyes

The conjunctiva is the mucosa, which is laid at the inside of the eyelid and covers the eyeball. Conjunctivitis means that there is an infection of the conjunctiva. Inflammation of the conjunctiva causes small blood vessels in the membrane to become more prominent causing the pink or red cast to the white of your eyes.
Conjunctivitis is infectious and easily transferable from person to person, through direct contact.

Causes of conjunctivitis / pink eyes :

Pink eye can occur by people of any age. The conjunctiva reacts to a wide range of viruses, bacteria, allergy-provoking agents and toxic agents, and underlying diseases within the body.

- Viral Pink Eyes
    - A viral pink eye begins often in one eye and then infects the other eye, within a few days. Pink eyes are mostly associated with colds or with symptoms of a respiratory infection, like a sore throat. Viral pink eyes usually produce a watery discharge.
- Bacterial pink eyes
    - Bacterial pink eyes are due to the common pyogenic (pus-producing) bacteria, often produces a thicker, yellow-green which may cause the eye-lids stick together, especially after sleeping. (Most common by children).
- Allergic pink eyes
    - This affects both eyes and is a response to an allergy-causing substance, such as pollen. It causes intense itching and often involves some eye-swelling.
- Irritant or toxic pink eyes
    - Irritation from a chemical splash or foreign object in your eye. This can cause irritation or pain when the eye if pointed far down or far up.
- Other causes of pink eyes
    - Pink eyes can also be causes by the use of contact lenses or a deficiency of Vitamin A.

Symptoms of conjunctivitis/ pink eyes:

The inflammation of pink eyes can be irritating; it rarely affects your vision.

- The white part of one or both eyes turning pink or in worst case turning red.
- A gritty feeling in one or both eyes.
- Irritation in one or both eyes.
- Crusts that form on the eyelid overnight.
- Increased tears.
- Increased sensitivity to light.

Treatments of Pink Eyes

- In case of bacterial infection → You must see a doctor, who could prescribe you some medication.
- In case of an viral pink eye → your signs and symptoms should leave within one or two weeks. You should avoid touching your eyes or sharing towels and washcloths.
- In case of allergic pink eyes → You should see a doctor who can prescribe some medications. And, when you know what causes the inflammation, you should avoid the cause of the allergic, when it's possible.

How to prevent the spread of pink eye:

- **Good hygiene:**
    - **Avoid touching your eye or the area near your eyes with your hands**
    - **And, when it's possible, you should see a doctor.**

Pterygium

Pterygium is a disease whereby the conjunctiva grows over the cornea. It's a fold which grows in a triangle wing and can decrease the view. Mostly pterygium consist from the nose-side of the eye, but it also can occur on the other side of the eye.

Cause

The cause of pterygium is still unknown. There is a possibility that UV-light plays a role, because pterygium is more present in countries with a warm and dry climate. Chronic irritation can also be a cause, due to a dry and dust environment.

Signs and symptoms

Although there aren't many complains of pterygium, there are different symptoms:

- Chronic irritation → the eye turns into red at the side of pterygium. It can grow over the pupil.
- Decreasing of the view → If pterygium reach the centre of the cornea, the eye cannot sufficiently moistened, because the tear film of the cornea is not equal.
- Astigmatism; due to pterygium the transparent cornea at the front side of the eye are unequal. Due to that the view will be decreased.
- Other symptoms are: redness, eye-burning and decreasing of tears.

Treatment

Pterygium can be treated with antibiotics and other medicines. Surgery is needed for the removing of pterygium.

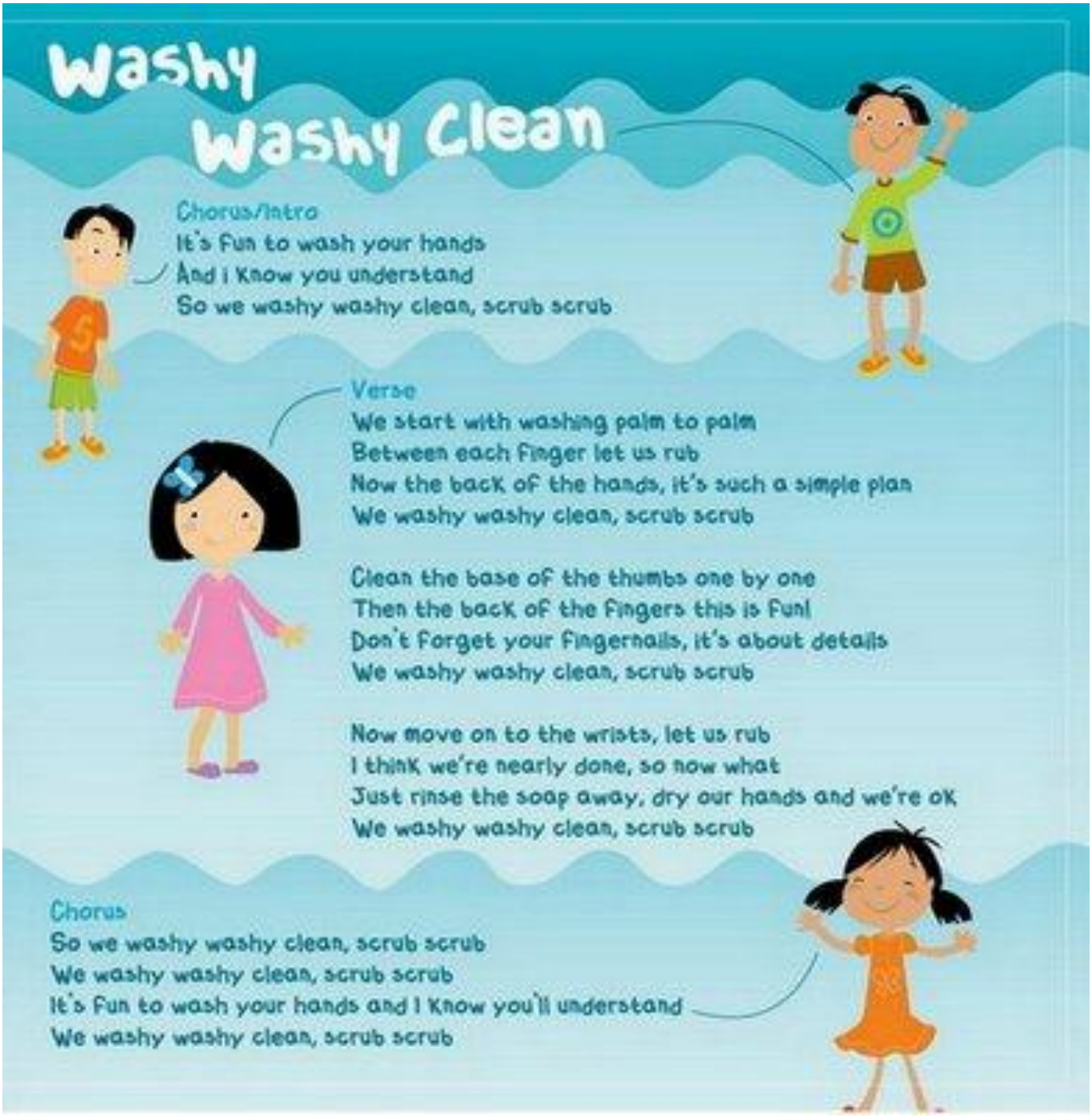
Handhygiene

- Reason for hand hygiene:
    - Defence against germs, which can transmitted by:
        - Touching dirty hands.
        - Through contaminated water and food.
        - Through droplets released during a cough or a sneeze.
        - Via contaminated surfaces.
        - Through contact with a sick person's body fluids.
- Good hand washing is the first line of defence against the spread of many illnesses, from cold to influenza, hepatitis A and infectious diarrhoea.

- When to wash your hands:
    - Before preparing food
    - Before eating
    - Before preparing food.
    - After handling rubbish or changing nappies.
    - After using a tissue or working in the garden.
    - After handling animals.
    - After attending sick children or other family members.

BIJLAGE 17

SONGTEKST 'WASHY WASHY CLEAN'



BIJLAGE 18

FLYER HANDHYGIËNE

Six step technique demonstrating effective hand washing

1

Rub palms together

2

Rub each palm over the back of the other hand

3

Rub with fingers interlaced

4

Rub with fingers interlocked

5

Rotational rubbing of each thumb

6

Rotational rubbing with clasped fingers

Everyone can play a part in reducing the spread of infections

After child immunisation, hand washing is the single most effective way of preventing the spread of infections, including bugs causing diarrhea and the flu. It also decreases the spread of eye infections.

EFFECTIVE HAND WASHING
Hand washing reduces the spread of infection
Some germs can stay alive on our hands for several hours and during that time they can be spread to things we touch. Effective hand hygiene is one of the cheapest, simplest and most effective ways of preventing the spread of infections.

You should wash regularly using soap and water
Soap and water provides sufficient decontamination for the majority of activities. Wash your hands regularly throughout the day and especially at these times:

Before
- Preparing food
- Handling a baby
- Eating

Between
- Handling raw foods

After
- Going to the toilet
- Handling waste
- Touching animals
- Coughing or sneezing



Simply rinsing your fingertips under running water does NOT count

WET:	It's better to wet hands before applying soap as this prevents irritation
SOAP:	Apply soap to wet hands
WASH:	Rub hands together vigorously making sure both sides of the hands are washed thoroughly, around the thumbs, between each finger and around and under the nails (using the six stage guide illustrated here).
RINSE:	Rinse with clean running water
DRY:	Germs spread more easily if hands are wet so dry them thoroughly.

Produced by Leicester and Leicestershire County and Rutland Primary Care Trusts. March 2007

LITERATUURLIJST

Ansstas, (2012). Vitamin A Deficiency. Bekeken op 5 april 2012, op http://emedicine.medscape.com/article/126004-overview#showall

Bouwma, E. (08-11-2010) Voorlichting: theorie. Bekeken op 29 mei 2012, op http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/COPD%20protocol%20frames/Voorlichting%20in%20theorie.htm

Brouwer, M. (2010). Glaucoom: begrijpen wat er gebeurd. Glaucoom Magazine (december 2010), 4-8. Verkregen op 04-05-2012 van <<http://www.glaucoomvereniging.nl/scrivo/asset.php?id=942092>>.

Brug, J. e.a. (2007). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Koninklijke van Gorcum BV; Open Universiteit Nederland

Buuren, H. van. (2002). Onderzoek. Groningen; Noordhoff: Wolters

Carpenito, L. J. (2008). Zakboek verpleegkundigen diagnosen. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Christelijke Hogeschool Ede (CHE) (2011/2012). Onderwijsgids: Academie gezondheidszorg, opleiding verpleegkunde. Ede: CHE

Cusveller, B. (2008). Volwaardige verpleging: Morele beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn Motief.

Francis, V. & Wiafe B.(2007). The Healthy Eyes Activity Book: A Health Teaching Book for Primary Schools. Londen: International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
Online te downloaden op: http://www.cehjournal.org/files/healthy-eyes-activity-book-%20primary-schools.html

Gerards, F. (1997). Health Counseling. Soest: H. Nelissen B.V.

Greenstein, B. e.a. (2009). Trounce's Clinical Pharmacology for Nurses. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier

Health Promotion Board Singapore. (2012). Washy Washy Clean: Inculcating proper hand washing techniques in young children. Bekeken op 16 april 2012 op http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/content/conn/HOPUCM/path/Contribution%20Folders/uploadedFiles/HPB_Online/News_and_Events/News/2009/Washy_Washy_Clean_Song_Lyrics.pdf
Te beluisteren op YouTube op http://www.youtube.com/watch?v=zxlQn7KaCNU

Het Oogziekenhuis Rotterdam. (2012A). Werking van het oog. Bekeken op 12 maart 2012, op http://www.oogziekenhuis.nl/het-oog/werking-van-het-oog.html#Bouw-en-werking-van-het-oog.

Het Oogziekenhuis Rotterdam. (2012B). Staar (cataract). Bekeken op 5 maart 2012, op http://www.oogziekenhuis.nl/oogaandoeningen-en-oogafwijkingen/staar-cataract-informatie.html

Het Oogziekenhuis Rotterdam. (2012C). Staar (cataract). Bekeken op 5 maart 2012, op

http://www.oogziekenhuis.nl/oogaandoeningen-en-oogafwijkingen/staar-cataract-behandelingen.html

Het Oogziekenhuis Rotterdam. (2012D). Pterygium. Bekeken op 8 maart 2012, op http://www.oogziekenhuis.nl/oogaandoeningen-en-oogafwijkingen/pterygium-diagnose.html

Het Oogziekenhuis Rotterdam. (2012E). De diagnose. Bekeken op 4 maart 2012, op http://www.oogziekenhuis.nl/artikelen/laserbehandeling-bij-glaucoom-iridotomie-informatie.html.

Himalayan Cataract Project. (2012). World Blindness Overview. Bekeken op 14 juni 2012, op http://www.cureblindness.org/world-blindness/#c121

Hoffmann-La Roche. (2011/2012). Corporate Responsibility, Bringing hope to those who need it most. Transnet-Phelophepa Healthcare Train. Bekeken op 7 juni 2012 op http://www.roche.com/corporate_responsibility/society/access_to_healthcare.htm

Hoffmann-La Roche Ltd, F. (2011). Corporate Responsibility Transnet-Phelophepa Healthcare Train. Bezocht op 4 mei 2012, op de website van Roche: http://react.roche.com/phelophepa-brochure.pdf,%20http:/react.roche.com/sust-phelophepa.pdf

Hoppenreijs. (2004A). Staar (cataract) en operatie. Bekeken op 5 maart 2012, op http://www.oogartsen.nl/oogartsen/ooglens_staar/staaroperatie_cataract/

Hoppenreijs. (2004B). Conjunctivitis. Bekeken op 14 maart, op http://www.oogartsen.nl/oogartsen/hoornvlies_slijmvlies/conjunctivitis_ontsteking_infectie_bindvlies/

Hoppenreijs. (2004C). Pterygium en pinguecula. Bekeken op 14 maart 2012, op http://www.oogartsen.nl/oogartsen/hoornvlies_slijmvlies/pterygium_pinguecula/

Hunink, G. e.a. (2006). De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar. Utrecht/ Zutphen: ThiemeMeulenhoff

International Centre for Eye Health (2006). Primary Level Management: Red eye no injury. Bezocht op 29 maart 2012, op de website van het International Centre for Eye Health: http://www.cehjournal.org/files/posters/redeye_no_injury.pdf

International Centre for Eyecare Education. (2007). Contact Us, Who we are. Bekeken op 8 juni 2012, op http://www.icee.org/contact/index.asp en http://www.icee.org/who_we_are/index.asp

International Centre for Eyecare Education (2009). I See For Culture Flip Chart 1 – All about eyes. Bezocht op 18 maart 2012, op de website van het International Centre for Eyecare Education: http://www.icee.org/resources/I_see_for_culture/Pdfs/Flip%20Chart%201%20-%20All%20About%20Eyes.pdf

International Centre for Eyecare Education (2009). I See For Culture Flip Chart 2 – Trachoma, Cataract, Diabetes and your eyes. Bezocht op 18 maart 2012, op de website van het International Centre for Eyecare Education: http://www.icee.org/resources/I_see_for_culture/Pdfs/Flip%20Chart%202%20-%20TCD%20and%20your%20eyes.pdf

Kindersley D., 2006. Hoe het oog functioneert (structuur en functie). Bekeken op 7 maart 2012, op http://www.kiesbeter.nl/medische-informatie/medische-encyclopedie/oog/structuur-en-functie-hoe-het-oog-functioneert/

Lankester, T. (2007). Setting up community health programmes. Oxford: Macmillan Education

Leicester and Leicestershire County and Rutland Primary Care Trusts (2007, Maart). Everyone can play a part in reducing the spread of infections. Bezocht op 12 april 2012, op de website van National Health Service Leicestershire County and Rutland: http://www.lcr.nhs.uk/Library/handwashingleaflet.pdf

Lemov, D. (2010). Teach like a champion: 29 techniques that put students on the path to college. Bezocht op 9 mei 2010, op: http://media.wiley.com/assets/3006/21/TeachLikeAChampion_TheMainIdea.pdf

Marx, C. & Charlton, S. (2003). The case of Durban, South Africa. Case Studies for the Global Report on Human Settlements. Bezocht in mei 2012, op http://ucl.ac.uk/dpu-projects/Global_Report/pdfs/Durban_bw.pdf

Monahan, F.D. e.a. (2007). Phipp's Medical-Surgical Nursing, health and illness perspectives. Europe, Middle East and African edition. Missouri, USA: Mosby Elsevier

Nieswiadomy, R. M. e.a. (2009). Verpleegkundige onderzoeksmethoden. Amsterdam: Pearson Education

Oduntan, A. O. (2005). Prevalence and causes of low vision world wide. The South African optometrist, June 2005(64), 44-54

Pascolini, D. et al. (2011). Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol 2011, 1-5.

Phelophepa Healthcare Train. (n.d.). Bringing medical treatment in remote area. Bekeken op 8 juni 2012 op http://react.roche.com/health-care-train.htm

Philip Blom. (n.d.). Bottlebrush 2010. Bekeken op 12 april 2012, op www.bedrijfsarts4herders.nl/posts/view/

Röling, N.G. e.a. (1994). Basisboek Voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Sassen, B. (2004). Gezondheidsvoorlichting en preventie leidraad voor verpleegkundigen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Slocum, Nikki (2006, januari). Participatieve methoden: een gids voor gebruikers. Bezocht op 29 mei 2012, op de website van het Europees Sociaal Fonds-Agenschap: http://www.esf-agentschap.be/uploadedFiles/Voor_ESF_promotoren/Zelfevaluatie_ESF-project/MethFocusgroep.pdf

Stilma, J.S. e.a. (2008). Oogheelkunde, praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Sutter, E. e.a. (2002). Hanyane – A Village Struggles for Eye Health. Londen: International Centre for Eye Health, London.
Online te downloaden op http://www.cehjournal.org/files/hanyane-village-struggles-eye-health.html

The Fred Hollows Foundation, (2010). Children and eye disease. Bekeken op 14 juni 2012, op http://www.hollows.org.au/eye-health/children-and-eye-disease

Thompson, B. & Amoroso ,L. (2011). Combating Micronutrient Deficiencies: Food-based Approache. Verkregen op 06-04-2012 van <<http://www.fao.org/docrep/013/am027e/am027e00.pdf>>.

Unite For Sight. (2011). Children and eye disease. Bekeken op 14 juni, op http://www.hollows.org.au/eye-health/children-and-eye-disease

Vellinga, D. (2008-2012). Vitamine A. Bekeken op 5 april 2012, op http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/gezonde-voeding/19448-vitamine-a-retinol.html

Verhoeven, N. (2010). Wat is onderzoek? Den Haag; Boom onderwijs

VU Medisch Centrum. (2009). Pterygium. Bekeken op 13 maart 2012, op http://www.vumc.nl/afdelingen/patientenfolders-brochures/zoeken-alfabet/P/pterygium.pdf.

Waugh, A. e.a. (2007). Ross en Wilson Anatomie en fysiologie in gezondheid en ziekte. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier

Wiel, H.B.M. van de (2005) Voorlichting en begeleiding. Assen: Koninklijke Van Gorcum

World Health Organization (2000). Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Bezocht op 23 februari 2012, op de website de World Health Organization.

World Health Organization en het International Agency for the Prevention of Blindness. 2009. VISION 2020 - working together to eliminate avoidable blindness. Bekeken op 23 februari 2012 op http://www.vision2020.org/main.cfm?type=IDX&objectid=773

World Health Organization (n.d.). Prevent Blindness through primary eye care. Bezocht op 23 februari 2012, op de website van de World Health Organization: http://www.who.int/blindness/sop_en.pdf

World Health Organisation. (2011). Blindness and visual impairment: global facts. Bekeken op 4 maart 2012, op http://www.vision2020.org/main.cfm?type=FACTS

World Health Organisation. (2012). Micronutrient deficiencies. Bekeken op 6 maart 2012, op http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/

Figuur 1: Brug, J. e.a. (2007). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Koninklijke van Gorcum BV; Open Universiteit Nederland

Figuur 2, 3: Pascolini, D. et al. (2011). Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol 2011, 1-5.

Figuur 4: Oogplein. (2009). Bekeken op 5 maart 2012, op http://www.oogplein.nl/het-oog/

Figuur 5: eMedicineHealth. (2012). Bekeken op 4 april 2012, op http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=126708&ref=138233

Figuur 6: Glaucoom Vereniging. (n.d.). Bekeken op 11 mei 2012 op http://www.glaucoomvereniging.nl/index.php?p=282408