

Onderzoeksverslag

Hoe blijft mijn kind gezond?

*Participatief actieonderzoek naar een gezonde
leefstijl voor Hindostaanse kinderen*



Nelleke Jansen-van Wijngaarden
juni 2014

Hoe blijft mijn kind gezond?

*Participatief actieonderzoek naar
een gezonde leefstijl voor Hindostaanse kinderen*

Verslag van een onderzoek in het kader van excellent afstuderen HBO
Bachelor Pedagogiek aan de Hogeschool Rotterdam in opdracht van
GGD Haaglanden.

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
juni 2014

VOORWOORD

Het onderwerp van dit onderzoek – het komen tot een gezonde(re) leefstijl – vind ik een boeiend en interessant onderwerp. In mijn beroep als kinderfysiotherapeute en werkzaam in het Sophia Kinderziekenhuis, heb ik veel ervaring opgedaan met kinderen met gezondheidsproblemen. Het uitvoeren van dit onderzoek was voor mij bijzonder interessant omdat ik al mijn kennis en ervaring opgedaan als kinderfysiotherapeute en als aankomend pedagoog in dit onderzoek heb kunnen gebruiken. Als onderzoeker vond ik het bijzonder interessant een verbinding te leggen tussen de medische wetenschap en de sociale wetenschap.

Voor het realiseren van mijn onderzoek gaat mijn dank uit naar de directeur, de leerkrachten van groep 1 en 2 en de leerkracht lichamelijke opvoeding van de Shri Vishnu School in Den Haag voor het bieden van de mogelijkheid het onderzoek op deze school uit te voeren. Met name wil ik de deelnemende ouders van deze school bedanken voor hun deelname en voor hun vertrouwen dat zij mij tijdens de groepsbijeenkomsten hebben geschonken. Zonder deze ouders was de uitvoering van het onderzoek niet mogelijk geweest.

Tevens wil ik de volgende mensen bedanken die voor mij belangrijk zijn geweest tijdens het gehele onderzoeksproces.

Jolande van Dijk, jeugdarts GGD Haaglanden en goede vriendin, wil ik bedanken voor haar bemiddeling in mijn zoektocht naar een excellente afstudeeropdracht. Haar niet aflatende steun, vriendschap en vertrouwen tijdens het gehele onderzoeksproces heeft mij enorm geholpen. Ik hoop dat onze vriendschap nog vele jaren mag voortduren.

Jeroen de Wilde, jeugdarts-onderzoeker GGD Haaglanden en mijn opdrachtgever en afstudeerbegeleider, wil ik bedanken voor zijn vertrouwen om mij dit onderzoek te laten uitvoeren. Jeroen en ik hebben elkaar tijdens het onderzoeksproces steeds beter leren kennen. Wij bleken de overeenkomst te hebben de lat voor onszelf hoog te leggen. Zijn enthousiasme heeft mij geïnspireerd dit onderzoek zo ‘goed mogelijk’ uit te voeren.

Ellen Ricke, gezondheidsfunctionaris gemeente Den Haag, heb ik als afstudeerbegeleider en observant tijdens het onderzoek leren kennen als een warme, hartelijke vrouw met veel praktische kennis en ervaring in het uitvoeren van participatief actieonderzoek. Door haar positiviteit en inspirerende feedback wist ik mij altijd gesteund en bekrachtigd om enthousiast door te gaan met het onderzoek.

Ellen Lisa van Woerden, pedagoog en werkzaam als pedagogisch adviseur bij het Centrum voor Jeugd en Gezin ‘Haagse Hout’ in Den Haag, wil ik bedanken voor haar persoonlijke begeleiding. Bij Ellen Lisa kon ik altijd terecht met mijn vragen, mijn persoonlijke verhalen en ‘problemen’ tijdens het onderzoeksproces. Haar rust en wijsheid hebben mij behoed voor mijn ‘valkuilen’. Daarnaast heeft Ellen Lisa het onderzoek op pedagogisch vlak begeleidt en mij telkens in het onderzoeksproces van bijzonder waardevolle feedback voorzien. Ik spreek de wens uit elkaar in de toekomst als collegae nog regelmatig te zien en/of te spreken.

Karin Blom, afstudeerbegeleider vanuit de Hogeschool Rotterdam, wil ik bedanken. Ik heb Karin leren kennen als een docent, die zeer geïnteresseerd was in mijn onderzoek, snel reageerde op mailtjes en altijd voor mij klaarstond. Als persoon is Karin een oprechte, warme persoonlijkheid. De overlegmomenten geschiedde altijd op een zeer prettige en professionele wijze. Haar vertrouwen in mij heeft mij gesterkt en mij gedreven tot het optimale in mijn kunnen.

Vervolgens wil ik mijn zoon Aarnout Jansen, student bouwkunde TU Delft, bedanken voor zijn hulp met het grafisch ontwerp van het informatieboekje voor ouders, het innovatieproduct van dit onderzoek. Als laatste wil ik mijn echtgenoot buitengewoon bedanken voor zijn ‘unieke’ steun en support de afgelopen studiejaren en tijdens het gehele onderzoeksproces.

Tot slot kan ik niet anders concluderen dat ik enorm geboft heb met zulke fantastische mensen om mij heen die mij gesteund en begeleid hebben. Mijn dank is groot!

ABSTRACT

The Hindustani population is known to have a body composition different from other ethnic groups: smaller muscle mass combined with a larger fat mass. The increased fat mass can result in type 2 diabetes and cardiovascular disease at a lower body-mass index (BMI) than in other ethnic groups. A healthy lifestyle for the Hindustani population may decrease these health risks. Preventing overweight and screening for overweight from a young age onwards is therefore very important. Paediatricians from GGD Haaglanden noticed a higher BMI in young Hindustani children aged 5-7 years. Trying to determine the contributing factors were commissioned by GGD Haaglanden, resulting in a small study in which parents of Hindustani children participated.

The research question was twofold:

A. Which knowledge do 10 Hindustani parents of 4-5 year old children attending group 1 and 2 of a Hindustani school in The Hague, have regarding a healthy lifestyle for their children and the factors that may contribute to weight gain of their children?

B. How would these parents communicate with each other in in four meetings and give substance to the meetings?

The method of Participatory Action Research (PAR) was used to look at contributing factors that parents listed. The focus was on participation and empowerment of parents. The study was therefore an intervention as well. The way in which the researcher takes on the role of moderator, determines whether the confidence of the participants is gained and thus the results of the research. In four meetings, the participating parents discussed various topics related to childhood obesity. The parents set the agenda of the meetings and thus they determined the outcome.

During the meetings, parents gained knowledge about how to promote a healthy lifestyle and became aware of the importance of a healthy lifestyle. Parents also became aware of their own lifestyle and the lifestyle of their children. The parents were informed about new BMI cut-off points for Hindustani children and realised the over weight of their children. The parents contributed factors the development of obesity: an unhealthy diet and little exercise. The parents concluded that unhealthy diet, especially the evening meal, was the most important factor in the development of obesity. The preparation of the evening meal, with large volumes and relatively little variation in the diet are the main factors. Parents realised they had not set the right example for their children. In addition, they realised that their culture plays a major role in their diet and the parenting of their children. The preparation of the evening meal, with large volumes and relatively little variation in the diet are the main factors. The factor 'being laid back' was also named, both as part of the meal preparation and in parenting. They have realized the importance of a healthy lifestyle and found their own solutions to promote a healthy lifestyle for themselves as well as for their children.

All participating parents wanted to achieve a healthier lifestyle and felt able to realise this. However, the majority of parents considered themselves unable to continue without support. In partnership with parents a booklet was produced by the researcher, to support the process of changing behavior needed to achieve a healthy lifestyle. In this booklet all the information and knowledge that the researcher and the parents shared is described.

GGD Haaglanden was advised to continue supporting this study population in their learning process to achieve a healthier lifestyle. Furthermore, they were also advised to start more parent groups and to explore the support needed in other ethnic groups.

SAMENVATTING

De Hindostaanse bevolkingsgroep blijkt een andere lichaamssamenstelling te hebben dan andere etnische groepen: een kleinere spiermassa en tegelijkertijd een grotere vetmassa. Door deze grotere vetmassa komen bij mensen van Hindostaanse afkomst aandoeningen zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten al bij een lagere Body Mass Index (BMI) voor dan bij andere etnische groepen. Een gezonde leefstijl voor de Hindostaanse bevolkingsgroep kan ervoor zorgen dat de kans op deze gezondheidsrisico's afneemt. Overgewicht op de kinderleeftijd vergroot de kans op deze gezondheidsrisico's. Preventie van overgewicht en het screenen op overgewicht op jonge leeftijd is daarom erg belangrijk.

Jeugdartsen van GGD Haaglanden bemerken dat bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5-7 jaar de BMI gemiddeld zeer sterk toeneemt. Om te bepalen welke factoren hier een rol in spelen, is in opdracht van GGD Haaglanden een onderzoek gestart waarin ouders van Hindostaanse kinderen hebben geparticipeerd. De onderzoeksvraag was tweeledig en luidde als volgt:

- A. *Hoe denkt een groep van tien Hindostaanse ouders, van 4-5 jarige kinderen uit groep 1 en 2 van een Hindostaanse basisschool in Den Haag, over gezonde leefstijl van hun kinderen en welke factoren dragen zij aan die een rol zouden kunnen spelen bij toename van gewicht bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 – 7 jaar en*
- B. *op welke wijze willen deze ouders in vier bijeenkomsten met elkaar hierover in gesprek gaan en invulling geven aan de bijeenkomsten?*

De methode van Participatief Actie Onderzoek (PAR) is gebruikt. Hierbij lag de focus op participatie en empowerment van de ouders. Daardoor was het onderzoek tegelijkertijd een interventie. De wijze waarop de onderzoeker invulling heeft gegeven aan de taak van gespreksleider, was bepalend voor het winnen van het vertrouwen van de ouders en de resultaten van het onderzoek. In vier bijeenkomsten hebben de ouders en de gespreksleider op basis van wederkerigheid gesproken over verschillende onderwerpen die te maken hebben met overgewicht bij kinderen. Vooraf was niet duidelijk welke uitkomsten te verwachten waren: de ouders bepaalden de agenda van de bijeenkomsten.

Tijdens het onderzoeksproces zijn de ouders zich bewust geworden van hun eigen leefstijl, die van hun kinderen en van de gezondheidsrisico's van een ongezonde leefstijl. De ouders hebben kennis opgedaan over nieuwe afkappunten van de BMI-waarden voor Hindostaanse kinderen en zij zijn zich bewust geworden van het (over)gewicht van hun kind. De ouders hebben factoren aangedragen die te maken hebben met het ontstaan van overgewicht: een ongezond voedingspatroon en een verkeerd beweegpatroon. De ouders concludeerden dat het ongezonde voedingspatroon, met name de avondmaaltijd, de belangrijkste factor is in het ontstaan van overgewicht. De bereiding van deze maaltijd, de grote hoeveelheden en relatief weinig variatie in het eetpatroon zijn als belangrijkste belemmerende factoren benoemd. Ouders realiseerden zich dat hun cultuur een grote rol speelt in hun voedingspatroon en opvoeding van hun kinderen. 'Gemakzucht' wordt door de ouders gezien als belemmerende factor vanuit de Hindostaanse cultuur, zowel in het kader van het voedingspatroon als in de opvoeding. De ouders realiseren zich nu dat zij in hun opvoeding (vaak) het verkeerde voorbeeldgedrag geven aan hun kinderen. Zij realiseren zich nu het belang van een gezonde leefstijl en de ouders hebben zelf oplossingen bedacht hoe zij voor zichzelf een gezonde leefstijl kunnen bevorderen.

Alle deelnemende ouders willen een gezonde(re) leefstijl gaan naleven en hebben aangegeven dit ook te kunnen realiseren. Het onderzoek heeft geleid tot een begin van gedragsverandering - leefstijlverandering bij ouders. Echter het merendeel van de ouders acht zichzelf niet in staat deze gedragsverandering voort te zetten zonder enige vorm van ondersteuning. In samenwerking met de ouders is door de onderzoeker een boekje gemaakt voor de ouders om hen verder te ondersteunen in hun leefstijlverandering. In dit boekje is alle informatie en kennis beschreven die de onderzoeker en de ouders met elkaar hebben gedeeld.

Het advies aan GGD Haaglanden is deze onderzoeksgroep te blijven ondersteunen in hun ingezette leerproces van leefstijlverandering. Tevens is het advies de methode PAR op dezelfde wijze te gaan inzetten bij nieuwe groepen ouders en de noodzaak bij andere etnische bevolkingsgroepen te onderzoeken.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	
ABSTRACT	
SAMENVATTING	
1. INLEIDING.....	1
1.1. De aanleiding	1
1.2. De onderzoeksorganisatie en aansluiting van het onderzoek in de organisatie.....	1
1.3. De context.....	2
1.4. De maatschappelijke relevantie van het onderzoek in relatie tot het beroep van een HBO Pedagoog	2
2. PROBLEEMSTELLING	4
2.1. Het praktijkprobleem.....	4
2.2. De doelstelling en de doelgroep.....	5
2.3. Onderzoeksdoel.....	5
2.4. Onderzoeksvraag	6
2.5. Deelvragen.....	6
3. LITERATUURSTUDIE	7
3.1. De migratiegeschiedenis.....	7
3.2. Opvoeding.....	8
3.3. Voeding.....	9
3.4. Lichamelijke activiteiten	9
3.5. Gezondheidsrisico's	10
3.6. Potentie van preventie (voorkomen is beter dan genezen) en leefstijl	11
3.7. Volksgezondheid.....	12
4. METHODESECTIE.....	14
4.1. De gefundeerde theoriebenadering.....	14
4.2. ONDERZOEKSOPZET EN – ACTIVITEITEN	15
4.2.1. Algemeen.....	15
4.2.2. De werving van participanten en observant	15
4.2.3. De bijeenkomsten.....	16
4.2.4. De rol van de onderzoeker	16
4.2.5. Toolkit voor de bijeenkomsten.....	18
5. VERZAMELEN EN ANALYSEREN VAN DATA.....	22
5.1. Inleiding	22
5.2. De analyse.....	22
5.2.1. Bijeenkomst 1	24
5.2.2. Bijeenkomst 2	27
5.2.3. Bijeenkomst 3	29
5.2.4. Bijeenkomst 4.....	31
5.2.5. De evaluatielijsten	34

5.2.6.	De validatiebijeenkomst	35
5.2.7.	De observaties van de observant	35
5.2.8.	Het innovatieproduct – het informatieboekje voor ouders	35
5.2.9.	Gegevens van de participerende ouders, hun (ex) partners en hun kinderen ...	36
6.	CONCLUSIES VAN HET ONDERZOEK.....	37
6.1.	Algemeen.....	37
6.2.	Bewustwording.....	37
6.3.	Kennisvermeerdering	39
6.4.	Gezondheidsbeleid	40
6.5.	Beantwoording onderzoeksvraag.....	41
6.6.	Bruikbaarheid	41
7.	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT.....	42
7.1.	Betrouwbaarheid	42
7.2.	Validiteit.....	43
8.	DISCUSSIE, VOORUITKIJKEN EN TERUGBLIKKEN.....	44
8.1.	Discussie	44
8.2.	Vooruitkijken	44
8.3.	Terugkijken	45
	BIBLIOGRAFIE (APA Sixth Edition).....	47
	bijlage 1 : Logic Model.....	50
	bijlage 2 : Uitnodigingsbrief ouders groep 1 en 2	51
	bijlage 3 : Herinneringsbrief ouders groepen 1 en 2	53
	bijlage 4 : Brief ouder over afzegging bijeenkomst 1	56
	bijlage 5 : Brief ouder afwezig bijeenkomst 1	57
	bijlage 6 : Brief voor ouders bijeenkomst 2.....	58
	bijlage 7 : Brief validatiebijeenkomst conclusies.....	59
	bijlage 8 : Mindmap overgewicht centraal bijeenkomst 1	60
	bijlage 9 : Mindmap voeding centraal bijeenkomst 1	61
	bijlage 10: Mindmap opvoeding centraal bijeenkomst 1	62
	bijlage 11: Mindmap gezonde leefstijl bijeenkomst 1.....	63
	bijlage 12: Wat verstaat u onder ‘Gezonde Leefstijl’?	64
	bijlage 13: Mindmap voeding bijeenkomst 2	65
	bijlage 14: Mindmap overgewicht bijeenkomst 3	66
	bijlage 15: Mindmap bewegen bijeenkomst 3	67
	bijlage 16: Handout informatie en punten van ouders na 3 bijeenkomsten	68
	bijlage 17: Mindmap veranderingsproces leefstijl hulpbronnen bijeenkomst 4.....	70
	bijlage 18: Analyse welke acties voor gezonde leefstijl bijeenkomst 4.....	71
	bijlage 19: Evaluatielijst bijeenkomsten	72
	bijlage 20: Vragenlijst persoonlijke gegevens deelnemende ouders	75
	bijlage 21: Resultaten vragenlijst evaluatie bijeenkomsten.....	77

bijlage 22: Handout PowerPoint conclusies voor ouders bijeenkomst 5.....	81
bijlage 23: Tips voor een gezonde leefstijl evaluatiebijeenkomst.....	86
bijlage 24: Observatielijst voor observant.....	87
bijlage 25: Verklaring opvragen gegevens.....	88
bijlage 26: Verklaring voor audio-opnamen	89
bijlage 27: Format deelnemerslijst onderzoek.....	90
bijlage 28: Format certificaat deelname voor ouders	91

1. INLEIDING

1.1. De aanleiding

In de zoektocht naar een afstudeeropdracht voor het excellent afstuderen in de Pedagogiek aan de Hogeschool Rotterdam is de onderzoeker in contact gekomen met Jeroen de Wilde, jeugdarts-onderzoeker bij GGD Haaglanden in Den Haag.

Jeroen de Wilde vertelde enthousiast over zijn promotie onderzoek. Als jeugdarts zag hij herhaaldelijk Hindostaanse¹ kinderen die volgens de BMI-curve een normaal gewicht hadden, maar tevens ook een buikje. Dit bevreemde hem (Dalen, 2013). In zijn promotie onderzoek heeft hij onderzoek gedaan naar de BMI-waarden bij Hindostaanse kinderen. Dit onderzoek heeft ertoe geleid dat er nieuwe BMI-afkappunten voor Hindostaanse kinderen wetenschappelijk zijn vastgesteld. De medische wereld is hier blij mee, want de twijfel is nu weggenomen of een Hindostaans kind bij een bepaalde BMI nu een normaal gewicht heeft of dat er sprake is van onder- of overgewicht. De jeugdartsen kunnen ouders nu laten zien of het qua gewicht goed gaat met hun kind of niet (Wilde, Dommelen, & Middelkoop, 2013).

Wat een opvallend fenomeen is bij de controles van GGD Haaglanden in Den Haag bij jonge Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar is dat deze kinderen slank tot zeer slank zijn en dat tussen de leeftijd van 5-7 jaar de BMI gemiddeld genomen zeer sterk toeneemt. Dit in tegenstelling tot de meeste andere etnische groepen waar overgewicht al op jongere leeftijd ontstaat en de BMI veel minder toeneemt.

In gesprekken voorafgaande aan het onderzoek hebben Jeroen de Wilde en de onderzoeker gesproken over een mogelijk onderzoeksproject. Het voorstel kwam op tafel om een onderzoek te gaan uitvoeren gericht op ouders van Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar van een basisschool in Den Haag. Tevens was het voorstel ouders direct te betrekken bij de uitvoering van het onderzoek waardoor tijdens de uitvoering van het onderzoek ook direct een interventie zou plaatsvinden, bedoeld als preventieve interventie in het voorkomen van overgewicht van Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 – 7 jaar.

De doelstelling van het onderzoek was de ouderbetrokkenheid van de Hindostaanse ouders te stimuleren en te faciliteren op het gebied van gezonde leefstijl. Op deze wijze zou het onderzoek een bijdrage leveren aan het voorkomen van overgewicht op jonge leeftijd en zodoende de samenhangende ziekten op oudere leeftijd trachten te voorkomen.

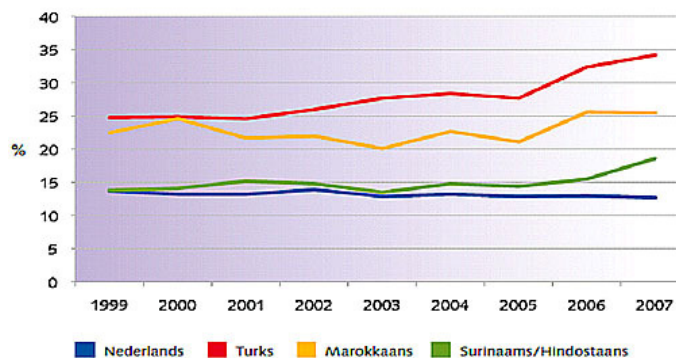
1.2. De onderzoeksorganisatie en aansluiting van het onderzoek in de organisatie

De onderzoeksorganisatie is GGD Haaglanden in de gemeente Den Haag. Vanuit GGD Haaglanden fungeerde Jeroen de Wilde als opdrachtgever. Bij het onderzoek zijn ook betrokken geweest: Ellen Rieke, gezondheidsfunctionaris bij de gemeente Den Haag en Ellen Lisa van Woerden, pedagoog en pedagogisch adviseur bij stichting 'Xtra' van Zorg en Welzijn in Den Haag, locatie Centrum Jeugd en Gezin (CJG) 'Haagse Hout'.

GGD Haaglanden zet zich in voor de gezondheid van alle inwoners van Den Haag. De gemeente Den Haag constateert dat steeds meer mensen zwaarder zijn dan gezond voor hen is. En dit geldt ook voor kinderen. Een ongezonde leefstijl is bij meer dan 95% van de mensen de oorzaak van overgewicht. Deze ongezonde leefstijl bestaat uit te veel eten en te weinig bewegen. Om deze problematiek aan te pakken heeft de gemeente Den Haag de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) geïnitieerd. In de gemeente Den Haag zijn wijken waar 30% van de kinderen overgewicht heeft (zie figuur 1). Gemiddeld is 20% van de Haagse kinderen te dik. Kinderen lopen meer risico op hart- en vaatziekten en diabetes. Om van licht overgewicht terug te gaan naar een gezond gewicht is vrij eenvoudig. Echter het terugbrengen van ernstig overgewicht naar een gezond gewicht is veel moeilijker. Daarom is het voorkomen van overgewicht en het zo vroeg mogelijk opmerken van afwijkingen in het gewicht zeer belangrijk. Voorkomen is beter dan genezen. Voor een ongezonde leefstijl kiezen kinderen niet bewust. Wat kinderen eten, hoe vaak en hoe lang zij buitenspelen, tv

¹ Hindostaans: mensen van Surinaams-Hindostaanse afkomst. Hindostaanse mensen zijn geboren (of wiens ouders geboren zijn) in Suriname en hebben Indiase (over)grootouders. De term Hindostaans refereert aan een religie.

kijken en sporten, bepalen de ouders in hun opvoeding. De integrale jeugdgezondheidszorg (iJGZ) heeft een centrale rol in de begeleiding van kinderen met (ernstig) overgewicht om weer een gezond gewicht te krijgen (Gemeente Den Haag, 2012).



figuur 1 Percentage overgewicht bij groeperingen (Gemeente Den Haag, 2012)

In de gemeente Den Haag is op 6 april 2013 de campagne 'Gezond is Vet!' van start gegaan. Wethouder volksgezondheid, Rabin Baldewsingh van Hindostaanse afkomst, heeft hiervoor het startsein gegeven. Hij vraagt aandacht voor de gezondheidsrisico's van overgewicht en daagt de Hagenaars uit om samen met hem te investeren in een gezonde leefstijl (Gemeente Den Haag, 2013).

Om te zorgen voor een gezond gewicht bij Hindostaanse kinderen wil GGD Haaglanden ouders van Hindostaanse kinderen begeleiden in het proces van het komen tot een gezonde leefstijl. Dit onderzoek heeft daar een bijdrage aan geleverd.

1.3. De context

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op een Hindostaanse basisschool, de Shri Vishnu School, in de gemeente Den Haag. De Shri Vishnu School is één van de twee grote Hindostaanse basisscholen in Den Haag met voornamelijk Surinaams-Hindostaanse kinderen. Aan het onderzoek hebben ouders van kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar uit groep 1 en 2 deelgenomen. Deze school stond positief tegenover het onderzoek. De school onderneemt zelf ook allerlei activiteiten gericht op een gezonde leefstijl en het voorkomen van overgewicht. Zo heeft de school een vakleerkracht lichamelijke opvoeding. Dit is de vaste gymleerkracht die alle leerlingen jaarlijks weegt en meet en zo nodig kinderen met ondergewicht en overgewicht doorstuurt naar de jeugdarts van de school voor verdere begeleiding. De schoolleiding heeft toegezegd mee te willen werken aan het onderzoek.

1.4. De maatschappelijke relevantie van het onderzoek in relatie tot het beroep van een HBO Pedagoog

Zoals staat beschreven in de subparagraaf 1.2 is het probleem van 'overgewicht' van jeugdigen een toenemend maatschappelijk probleem. De gemeente Den Haag ervaart dit als een grootstedelijk probleem (zie paragraaf 3.6). De Hindostaanse jeugd is een groep kinderen met een verhoogd risico (zie subparagraaf 3.5). In subparagraaf 3.1 is beschreven dat de Hindostaanse gemeenschap een behoorlijk groot deel is van de totale populatie in Den Haag.

Voor jonge kinderen, in dit onderzoek kinderen in de leeftijdscategorie van 4- 5 jaar, zijn het de ouders die het voedingspatroon en de leefstijl van hun kinderen bepalen. Om tot een gezonde leefstijl van deze jonge kinderen te komen, is betrokkenheid van de ouders bij dit probleem onmisbaar. In deze context is het 'voeden' van deze kinderen onlosmakelijk verbonden met het 'opvoeden' van de kinderen. De focus van dit onderzoek heeft gelegen op participatie en empowerment van de Hindostaanse ouders die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Zoals beschreven in het competentieprofiel, is het een belangrijke taak van de HBO Pedagoog, om ouders/(mede)opvoeders te ondersteunen met coaching en begeleiding, advies en voorlichting, en met de opvoeding van hun kinderen met als doel de opvoedcompetentie van de ouders te vergroten. De functie die de onderzoeker in dit onderzoek heeft uitgevoerd paste zeer goed bij het competentieprofiel van de HBO Pedagoog. De onderzoeker is als gespreksleider tijdens dit onderzoek met de ouders in gesprek gaan over hun kennis, hun opvattingen en hun behoeftes over (on)gezonde leefstijl en heeft met hen gesproken over de risico's van overgewicht en de

gevolgen daarvan op oudere leeftijd. Door positieve bekrachtiging te geven over de inbreng van de ouders, heeft de onderzoeker de ouders gestimuleerd en gefaciliteerd om met elkaar in gesprek te gaan over het centrale thema van een gezonde leefstijl. Op deze wijze heeft empowerment van de ouders plaatsgevonden. *Empowerment* is het sleutelwoord in dit onderzoek. Ouders zijn zelf op zoek gegaan naar factoren die te maken hadden met overgewicht en die zij mogelijk kunnen beïnvloeden c.q. veranderen waardoor zij de (on)gezonde leefstijl voor kinderen positief konden gaan beïnvloeden.

Dit onderzoek heeft een verbinding gelegd tussen de medische wetenschap- het praktijkprobleem van overgewicht en de effecten op de gezondheid - als de sociale wetenschappen – de problematiek van ongezonde leefstijl.

2. PROBLEEMSTELLING

2.1. Het praktijkprobleem

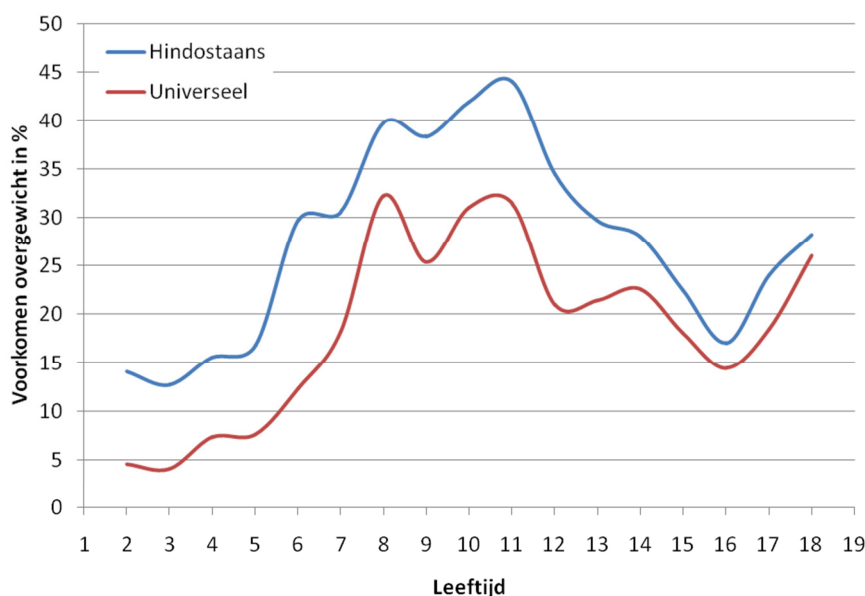
Den Haag is een multi-etnische stad waarin Turken, Marokkanen en Surinaamse Hindostanen de grootste minderheidsgroepen zijn. De Surinaams Hindostaanse minderheidsgroep kent een specifiek gezondheidsprobleem. Bij deze groep komt namelijk diabetes type 2 vier tot vijf maal en hart- en vaatziekten twee tot drie maal vaker voor dan bij de inwoners van Nederlandse (Europese) herkomst. Onderzoek toont aan dat de kans op deze ziekten toeneemt bij een toenemende hoeveelheid lichaamsvet. Vanwege dit verhoogd risico krijgt deze groep al langere tijd speciale aandacht vanuit GGD Haaglanden in Den Haag (Middelkoop, 2002).

Van Hindostaanse volwassenen, waarvan de voorouders oorspronkelijk uit India afkomstig zijn, is aangetoond dat ze al bij een lagere body mass index (=BMI, een maat om de gewichtsklasse te bepalen, zoals ondergewicht, overgewicht) een hogere vetmassa hebben en dus een hoger gezondheidsrisico hebben dan mensen van Nederlandse afkomst. De BMI afkapwaarden zijn voor deze groepen dan ook verlaagd (WHO, 2004).

Overgewicht op de kinderleeftijd verhoogt de gezondheidsrisico's als diabetes type 2 en hart- en vaatziekten op de volwassen leeftijd. Uit onderzoek van GGD Haaglanden blijkt dat bij Hindostaanse kinderen overgewicht voorkomt waardoor deze kinderen een groter gezondheidsrisico hebben op de volwassen leeftijd (Wilde, Zandbergen-Harlaar, Buuren van, & Middelkoop, 2012).

Bij de reguliere controles van GGD Haaglanden bij jonge Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar doet zich een opvallend fenomeen voor. Dit opvallend fenomeen is het praktijkprobleem van dit onderzoek. Het praktijkprobleem is als volgt omschreven.

Bij de reguliere controles van de jeugdartsen van GGD Haaglanden in Den Haag bij jonge Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar is het opvallend dat deze kinderen slank tot zeer slank zijn en dat tussen de leeftijd van 5-7 jaar de BMI gemiddeld genomen zeer sterk toeneemt. Dit in tegenstelling tot de meeste andere etnische groepen waar overgewicht al op jongere leeftijd, de babyleeftijd, ontstaat en de BMI veel minder toeneemt.



figuur 2: Overgewicht bij Hindostaanse kinderen (Wilde & Ricke, 2014)

GGD Haaglanden sluit zich aan bij het beleid van de gemeente Den Haag om overgewicht bij jongeren te bestrijden (zie paragraaf 1.2). Omdat in de Surinaams Hindostaanse gemeenschap de specifieke gezondheidsproblemen van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten vaak voorkomen bij de volwassen populatie, hecht GGD Haaglanden grote waarde aan het voorkomen van gezondheidsrisico's bij Hindostaanse kinderen en jongeren. Deze specifieke gezondheidsproblemen kunnen al op kinderleeftijd voorzien worden. In het voorkomen van de gezondheidsrisico's bij kinderen en jongeren wil GGD Haaglanden de ouders betrekken.

2.2. De doelstelling en de doelgroep

De doelstelling van het onderzoek was ouders van Hindostaanse kinderen van 4 en 5 jaar, wonend in de gemeente Den Haag, te laten participeren in het onderzoek door in bijeenkomsten met ouders in gesprek te gaan over het praktijkprobleem waarbij de ouders de agenda bepaalden. De ouders hebben zelf aangegeven welke factoren bepalend zijn voor de ontwikkeling van overgewicht bij kinderen in de leeftijd van 5-7 jaar en welke aangrijpingspunten voor interventie mogelijk zijn om overgewicht te voorkomen bij Hindostaanse kinderen. Het onderzoek beoogde op basis van wederkerigheid de ouders inzicht te geven over hun leefstijl en de kennis te vergroten om een gezonde leefstijl voor hun kinderen te bevorderen om op lange termijn overgewicht te voorkomen of het gewicht te verbeteren van Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 - 7 jaar. Een informatieboekje voor de deelnemende ouders is het innovatieproduct van dit onderzoek geworden. Het innovatieproduct is in samenwerking met de deelnemende ouders gemaakt. Dit boekje heeft tot doel de ouders na het onderzoek (verder) te ondersteunen in het aanzetten tot en/of voorzetten en vasthouden van hun gedragsverandering t.a.v. een gezonde(re) leefstijl. De onderwerpen en factoren die door de ouders genoemd zijn en de kennis die ouders op basis van wederkerigheid hebben ontvangen, zijn de hoofdingrediënten van het boekje.

Alle ouders van Hindostaanse kinderen in Den Haag in de leeftijd van 4 en 5 jaar vormden de uiteindelijke doelgroep. In dit onderzoek was de doelgroep feitelijk de onderzoekspopulatie. Echter bij de verdere beschrijving van dit onderzoek wordt onder 'de doelgroep' het volgende bedoeld:

De doelgroep is een groep van tien ouders van Hindostaanse kinderen van 4-5 jaar in groep 1 en 2 van een Hindostaanse basisschool, de Shri Vishnu School, in Den Haag.

Dit onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan leefstijlbeleid en het terugdringen van overgewicht bij jeugdigen in een specifieke etnische minderheidsgroep, jeugdigen in de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag. Het behalen van het onderzoeksdoel (zie paragraaf 2.3) is van maatschappelijk belang vanwege mogelijke vermindering van kosten voor de gezondheidszorg. Want als overgewicht bij jeugdigen preventief voorkomen kan worden, is de kans op gezondheidsrisico's op oudere leeftijd kleiner (zie hiervoor paragraaf.3.5).

2.3. Onderzoeksdoel

Het doel van het onderzoek is tweeledig (A en B) en onverdeeld in specifieke onderzoeksdoelen:

- A-1: Op basis van wederkerigheid kennisvermeerdering tot stand brengen bij de doelgroep en de onderzoeker over onderwerpen die samenhangen met een gezonde leefstijl voor Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4 en 5 jaar
- A-2: De doelgroep inzicht geven in welke BMI waarden behoren bij een gezond gewicht van Hindostaanse kinderen en volwassenen bij een bepaalde leeftijd en geslacht
- A-3: De doelgroep bewust laten worden van hun eigen leefstijl en die van hun kinderen in Nederland en welke risico's deze leefstijl met zich meebrengt t.a.v. het ontwikkelen van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten
- A-4: De doelgroep zelf oplossingen laten bedenken hoe vorm te geven aan een gezonde leefstijl
- B: Het ontwikkelen van een boekje voor de ouders en in samenwerking met de ouders om hen te ondersteunen in het aanzetten tot en/of voorzetten en vasthouden van hun gedragsverandering t.a.v. een gezonde(re) leefstijl.

Onderzoeksdoel B heeft tot doel gehad een innovatieproduct van het onderzoek te leveren. De opdrachtgever heeft de wens uitgesproken het onderzoek te willen voorzetten met als doel op lange termijn gedragsverandering van de doelgroep t.a.v. een gezonde leefstijl (verder) te vergroten en te continueren waardoor de kans op gezondheidsrisico's zoals diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten afneemt. De opdrachtgever bekijkt wat de mogelijkheden zijn voor voortzetting van het onderzoek.

2.4. Onderzoeksvraag

Vanuit het praktijkprobleem en de hoofddoelstelling en afgestemd op het onderzoeksdoel is door de onderzoeker de onderzoeksvraag geformuleerd. De onderzoeksvraag is tweeledig en luidt als volgt:

A. Hoe denkt een groep van tien Hindostaanse ouders, van 4-5 jarige kinderen uit groep 1 en 2 van een Hindostaanse basisschool in Den Haag, over gezonde leefstijl van hun kinderen en welke factoren dragen zij aan die een rol zouden kunnen spelen bij toename van gewicht bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 – 7 jaar en
B. op welke wijze willen deze ouders in vier bijeenkomsten met elkaar hierover in gesprek gaan en invulling geven aan de bijeenkomsten?

Om de verschillende stappen in het onderzoeksproces zichtbaar te maken, zijn de volgende deelvragen geformuleerd die bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag.

2.5. Deelvragen

- 1) Welke determinanten van overgewicht draagt de doelgroep zelf aan?
- 2) Welke van de determinanten vindt de doelgroep de belangrijkste determinanten die bepalend zijn voor overgewicht bij Hindostaanse kinderen?
- 3) Wat hebben de ouders aan ondersteuning nodig in de bijeenkomsten om de vertaalslag te maken van het genoemde praktijkprobleem naar hun eigen situatie?
- 4) Welke belemmerden en bevorderende factoren geven de ouders aan met betrekking tot een gezonde leefstijl van hun kinderen en de opvoeding² van hun kinderen?
- 5) Welke oplossingen dragen ouders aan om overgewicht te voorkomen bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5-7 jaar?

De onderzoeker heeft vanuit verschillende invalshoeken naar het praktijkprobleem gekeken. In het volgende hoofdstuk staat de literatuurstudie beschreven, hetgeen een overzicht is van bestaande kennis en inzichten uit de vakliteratuur over het genoemde praktijkprobleem zoals beschreven in dit huidige hoofdstuk 2.

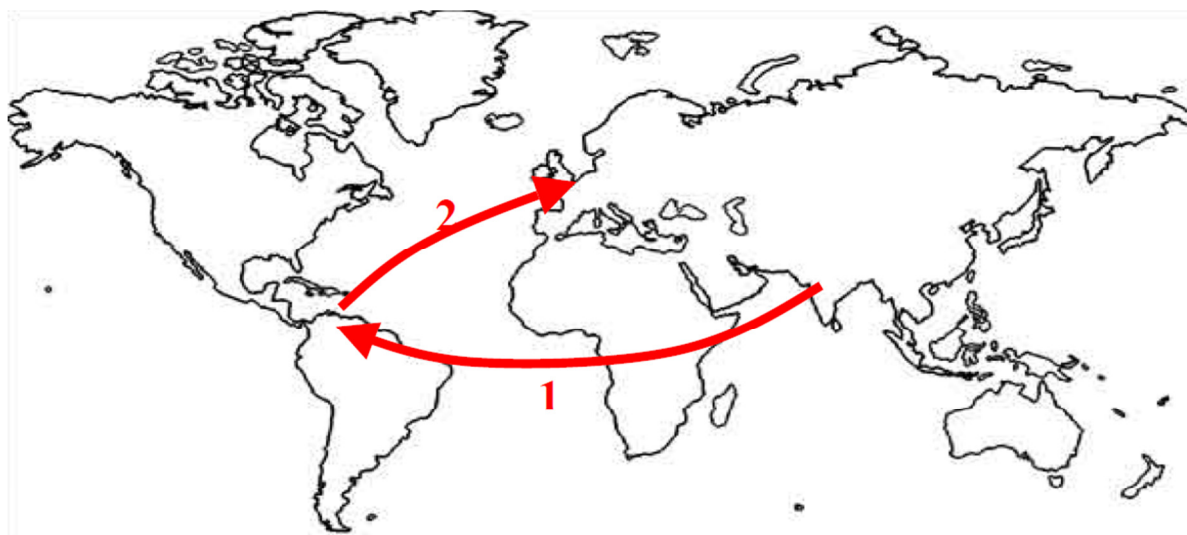
² Onder opvoeding wordt verstaan de opvoeding die gerelateerd is aan voeding en beweging.

3. LITERATUURSTUDIE

3.1. De migratiegeschiedenis

De Nederlandse samenleving is een multiculturele samenleving. De Hindostaanse gemeenschap is één van de culturen. De voorouders van deze gemeenschap zijn vanaf 1873 vanuit India als Brits-Indische immigranten naar Suriname getrokken (zie figuur 3) (Nederlandse Publieke Omroep, 2013). Het grootste gedeelte van deze immigrantengroep ging als contractarbeider aan het werk. In Suriname was er een grote behoefte aan arbeidskrachten door het afschaffen van de slavernij. Echter het systeem van contractarbeid was in wezen een verkapte vorm van slavernij. Binnen deze immigrantengroep was een sterke groepscohesie aanwezig omdat de contractarbeiders gescheiden leefden van de Europese en Creoolse bevolkingsgroepen. Door de 'Wet op het Nederlands Onderdaanschap' van 1910 werden de immigranten Nederlandse burgers. Zo ontstond de vorming van een Surinaams-Hindostaanse gemeenschap. Door hoger onderwijs ontwikkelden de Hindostanen zich tot een middenklasse. Door de jaren heen versterkten zij hun sociaaleconomische positie. Specifieke organisaties werden opgericht voor het behartigen van de belangen van de Hindostaanse gemeenschap. Het etnisch bewustzijn werd hiermee vergroot (Choenni., 2011).

In 1975, na de onafhankelijkheid van Suriname, zijn vele Hindostanen geïmmigreerd naar Nederland (zie figuur 3). Het lukte de Hindostanen in Nederland één van hun belangrijkste cultuurelementen, hun religie, vast te houden. Eigen religieuze organisaties, basisscholen en andere instanties werden opgericht waardoor de zichtbaarheid van de Hindoes in de Nederlandse samenleving werd vergroot. Hoewel de Hindostanen in verschillende delen van de wereld wonen, is er een verbondenheid gebleven door de gemeenschappelijke afkomst (Nederlandse Publieke Omroep, 2013).



figuur 3: De Hindostanen vertrokken vanaf 1873 vanuit Noord India naar Suriname (pijl 1). Tot 1965 trokken vooral de elite en de middenklasse van de Hindostanen naar Nederland, die opgevolgd werden door mensen van de lagere sociale klasse (pijl 2). (Nederlandse Publieke Omroep, 2013).

Het overheidsbeleid in Nederland tot het eind van de vorige eeuw heeft het behoud en de ontwikkeling van de eigen cultuur van Hindostanen in Nederland vergemakkelijkt. In Britse koloniën zoals Trinidad en Guyana werd de Hindostaanse gemeenschap onder druk gezet te assimileren. Het assimilatiebeleid werd expliciet gevoerd in de Franse koloniën Guadeloupe en Martinique (Choenni., 2011).

In de literatuur (Choenni & Harmsen, 2007) staat beschreven dat het grootste aantal Hindostanen afkomstig uit Suriname zich gevestigd heeft in de gemeente Den Haag. In de gemeenten Amsterdam en Rotterdam hebben zich vooral de creolen van Surinaamse afkomst zich gevestigd.

Volgens het CBS wonen er op 1 januari 2010 ruim 342.279 uit Suriname afkomstige allochtonen in Nederland, waarvan geschat wordt dat tussen de 36% en 43% (123.000-147.000) van Hindostaanse afkomst zijn (Kenniscentrum ACB, 2011).

3.2. Opvoeding

In de Hindostaanse bevolkingsgroep bestaat van oudsher het gezinsverband als een systeem met een sterke positionele rolverdeling. Decennia geleden had iedereen binnen het gezin een eigen plaats en rol ten opzichte van elkaar zoals man-vrouw, broer-zus, ouder-kind en jongere-oudere. Iedereen kende zijn rol en werd geacht deze te vervullen. De rollen en functies lagen met de geboorte al vast. Er was een duidelijke ongelijke verdeling van macht en taken tussen mannen en vrouwen, en tussen ouderen en jongeren. Voor individuele ontplooiing bestond weinig ruimte. De opvoeding was primair gericht op het instandhouden van de traditionele gezins- en familieverband. Dit hing samen met de wijze waarop de familie in het levensonderhoud voorzag (Jap-A-Joe, 1994).

Na de migratie vanuit Suriname naar Nederland heeft er een grote verandering in de socialisatie plaatsgevonden van de Hindostaanse gemeenschap. Mungra (Mungra, 1990) geeft in 1990 in zijn proefschrift "Hindoestaanse gezinnen in Nederland" aan dat er drie groepen te onderscheiden zijn. Eén groep probeert bij de opvoeding van de kinderen de heersende normen en waarden van oudsher, voor zover mogelijk, te blijven toepassen in de opvoeding. De kinderen echter worden steeds mondiger en stellen zich steeds minder afhankelijk op, waardoor de relaties binnen een gezin op scherp komen te staan. Een tweede groep probeert bij de opvoeding een middenweg te zoeken. In deze groep wordt er meer getolereerd van de kinderen binnen bepaalde grenzen. Een derde groep Hindostaanse ouders streeft naar een gelijkwaardige opvoeding tussen jongens en meisjes en neemt meer Westerse opvoedideeën over.

De laatste twee decennia is er weinig literatuur meer verschenen over de opvoeding van Hindostanen in Nederland. In de maanden juni tot en met september 2013 heeft de stichting Hindustani in Den Haag groepsbijeenkomsten georganiseerd over het thema "Opvoeden in een nieuwe context". Tijdens de conferentie met de titel "De kracht van 'stille lijders' & Opvoeden in een nieuwe context" op zondag 24 november 2013 werd tijdens een presentatie een samenvatting gepresenteerd over wat uit de bijeenkomsten naar voren was gekomen t.a.v. het opvoeden in een nieuwe context. Ouders blijken nieuwe omgangsvormen te ontwikkelen met hun kinderen, waarin zowel traditionele waarden als respect voor ouderen en goede manieren als ook nieuwe waarden zoals het praten met, luisteren naar en respect voor de kinderen een rol spelen. Sprekend met de verschillende Hindostanen op deze conferentie uit de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag, wordt de onderverdeling van de drie groepen, door Mungra beschreven, nog wel genoemd en herkend. Sprekend over normen en waarden blijken in de opvoeding de traditionele opvoedingswaarden en –doelen niet geheel te zijn verdwenen, ondanks het feit dat het westerse kerngezin als organisatievorm sterk terrein heeft gewonnen in de Hindostaanse gemeenschap. De traditionele normen en waarden waarvan hedendaagse ouders vinden dat deze nog steeds een belangrijke rol spelen bij de opvoeding, zijn: respect, goede manieren, behulpzaamheid. En de familieband is nog steeds erg belangrijk in de Hindostaanse gemeenschap. Door de ouders wordt de opvoeding gezien als een belangrijk instrument om de waarden en normen aan de kinderen mee te geven. Op de conferentie werd benadrukt door de wethouder Rabin Baldewsingh dat ouders hun verantwoordelijkheid moeten nemen voor de opvoeding en de gezondheid van hun kinderen.

De huidige maatschappij waarin kinderen opgroeien en worden opgevoed, zijn door materiele en economische omstandigheden veranderd. Ook de sociale arrangementen zijn veranderd. De vraag is nu in hoeverre deze veranderingen invloed hebben gehad op de opvoedingsideeën, -opvattingen en opvoedingshandelingen van Hindostaanse ouders. Want voor een groot deel is opvoeding een praktische uitwerking van deze ideeën en opvattingen.

In de Hindoe traditie worden de ouders gezien als de eerste guru (leermeester). Nog steeds geldt over het algemeen in Hindostaanse gezinnen dat de vader in hiërarchie bovenaan staat. Voor de vader dien je ontsag te hebben. Hij stelt zich vaak op als de baas in huis. Echter de moeders zijn de spil van het gezin. Zij zijn de centrale figuren in de opvoeding. Met vragen over de opvoeding bemoeien vooral de moeders zich en spreken vaders zich daar ook niet graag over uit (Bouman, 2010).

Over het algemeen kan gezegd worden dat de traditionele cultuur voor de meeste Nederlandse Hindostanen een dagelijkse relevantie heeft, ondanks verschillende opvattingen en stromingen van traditioneel tot liberaal en 'westers'. Voor een groot deel van de Hindostaanse gemeenschap in Nederland vormt deze cultuur het primaire referentiekader (Bouman, 2010).

Tussen 2010 en 2012 is in een onderzoeksproject "Opvoeden als netwerken in de multi-

etnische wijk” (Haan, Winter, Koeman, Hofland, & Verseveld, 2013) de vraag gesteld hoe opvoeders na migratie hun opvoeding opnieuw vormgeven binnen de zogenaamde pedagogische gemeenschappen in multi-etnische stadswijken. Hieruit kwam naar voren dat ouders meer nieuwe normatieve kaders uitvinden waarbij de ouders de traditionele opvoedingswaarden zijn gaan combineren met bijvoorbeeld de eisen aan zelfstandigheid zoals die in de Nederlandse samenleving gewoon zijn. Ook zijn ouders met een migratie achtergrond meer individualistisch gaan opvoeden na de migratie dan dat zij het opvoeden deden in het land van herkomst. Maar ondanks het meer individualistische gaan opvoeden zijn ouders toch opnieuw steunnetwerken gaan opbouwen op en rondom de opvoeding van hun kinderen. Deels zijn deze netwerken ook interetnisch. Als ouders in hun opvoeding een te grote tegenstrijdigheid ervaren tussen hun opvoedwaarden en die uit hun eigen netwerk, gaan de ouders steun elders zoeken. Deze steun wordt bijvoorbeeld gezocht bij een professional of via het internet. Vooral ouders die langer in Nederland zijn, lijken dit laatste te doen. Netwerken buiten de eigen gemeenschap helpen de opvoeders een brug te slaan tussen de culturen.

Jo Hermanns, hoogleraar opvoedkunde, geeft aan dat in het begin van de 21e eeuw in ‘het opvoeden’ steeds meer het accent gelegd wordt op een participatoire visie. Het opvoeden wordt gezien als ‘opvoeden tot meedoen’. Dit participatiedenken houdt in dat kinderen de kans moeten krijgen om mee te doen aan bestaande sociale systemen, zoals het gezin, en hier invloed op moeten kunnen uitoefenen (Hermanns, 2007).

3.3. Voeding

Een Surinaams gezegde is: “Als de maag vol is, is het hart gelukkig”. Met dit gezegde wordt bedoeld dat voedsel een bijzonder plaats inneemt in het leven van Surinamers. In de Hindostaanse cultuur is het eten ook meer dan het voeden van de mens. In het dagelijks leven is de rol die het eten speelt in deze cultuur, groot (Khan, 2011).

De diëtist Khan geeft zowel in zijn boek “Voeding & Gezondheid bij Hindostanen” (Khan, 2011) als in een persoonlijk interview aan dat volgens hem het probleem van overgewicht bij Hindostanen veroorzaakt wordt door de volgende factoren: verkeerde bereiding van voedsel, de verdeling van voedselinname over de dag en de hoeveelheden die geconsumeerd worden. Zeer veel voedsel wordt gefrituurd, ook groenten. Volgens Khan bestaat voor vele Hindostanen het eetpatroon uit: 1) geen ontbijt 's ochtends, 2) een kleine lunch 's middags en 3) 's avonds een uitgebreide warme maaltijd waarbij zoveel mogelijk gegeten wordt tot laat in de avond. Khan geeft aan dat bewustwording van de factoren, die hij benoemt voor overgewicht, van groot belang is om het probleem van overgewicht bij Hindostanen te bestrijden. Volgens hem beseffen weinig Hindostanen dat voeding een cruciale preventieve rol speelt in het voorkomen van diverse aandoeningen.

Aandacht voor voeding is belangrijk. Kinderen die op jonge leeftijd leren wat gezond eten en drinken is, hebben een grotere kans op gezond gedrag op volwassen leeftijd. De basisschool kan hierin een belangrijke rol spelen. Als er op school gewerkt wordt aan gezondheid, dan levert het een bijdrage aan een beter zelfbeeld van het kind, betere schoolprestaties, minder schooluitval en een gezondere leefstijl (Rivm, 2014).

Het eten van het ontbijt, zo blijkt uit onderzoek, wordt geassocieerd met een verlaagd risico op overgewicht of obesitas en een vermindering van de BMI bij kinderen en adolescenten in Europa (Szajewska & Ruszczy, 2010).

Voeding speelt zonder twijfel een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht en obesitas bij sommige groepen allochtonen in Nederland. Echter de precieze rol van het voedingspatroon in het ontstaan van overgewicht ontbreekt echter. Zowel de migratiegeschiedenis, als de sociaal-economische status en de sociaal-culturele omgeving van allochtonen zijn belangrijke factoren die het voedingspatroon bepalen (Nicolaou, Nierkens, & Middelkoop, 2013).

3.4. Lichamelijke activiteiten

Op gezondheid en welbevinden heeft bewegen veel positieve effecten. Het is een bekend gegeven dat in Nederland een groot deel van de jeugd niet de hoeveelheid beweging per dag haalt die aanbevolen wordt (Wieringen, 2009). De aanbevolen dagelijkse dosis lichaamsbeweging per dag is voor kinderen en jongeren tenminste 60 minuten lichamelijke activiteit. Daarnaast moeten kinderen en jongeren elke week een activiteit uitvoeren die gericht is op verbetering van de conditie en de fitheid (Kennisslink, 2012).

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen geeft aan dat kinderen en jongeren voor een goede gezondheid minimaal 60 minuten ‘matig intensief’ moeten bewegen op minimaal 5 dagen per week. Bij een matig intensieve lichamelijke activiteit is er sprake van een verhoogde hartslag en een versnelde ademhaling (Rivm, 2014).

Het is belangrijk dat de jeugd voldoet aan de beweegnormen. Het tekort aan beweging kan als direct gevolg overgewicht veroorzaken, maar op langere termijn ook nadelige gevolgen hebben zoals hart- en vaatziekten, beroerte, diabetes mellitus, depressie, osteoporose, dikkedarmkanker en borstkanker (Rivm, 2014).

Verscheidende studies beschrijven dat de kans om op latere leeftijd het sportieve gedrag te continueren groter is als deze mensen in hun jeugd actief zijn geweest. Stegeman (Stegeman, 2007) stelde vast dat sport en bewegen op school niet alleen een bijdrage kan leveren aan de algemene opvoeding en ontwikkeling van kinderen en jongeren, maar ook aan de ontwikkeling van de leefstijl en de cognitieve, affectieve en sociale ontwikkeling. De effecten zijn wel afhankelijk van de frequentie, de intensiteit en de tijdsduur van de sport en beweegactiviteiten in een bepaalde context.

Het is belangrijk dat beweegactiviteiten gegeven worden door professionals en dat ouders positieve ondersteuning geven aan hun kinderen om te bewegen (Horst, ChinAPaw, Twisk, & Mechelen, 2007).

Bij activiteiten met een laag energieverbruik in combinatie met een zittende of liggende, niet slapende, houding is er sprake van sedentair gedrag. Onafhankelijk van de hoeveelheid lichamelijke activiteit verhoogt sedentair gedrag het risico op ziekte en sterfte. Volgens de internationale richtlijn voor sedentair gedrag mag het sedentair gedrag voor kinderen van 4 en tot en met 11 jaar niet langer zijn dan 2 uur per dag. Dit betekent dat deze kinderen maximaal 2 uur per dag mogen besteden aan bijvoorbeeld televisie / DVD kijken of computeren/gamen (Rivm, 2014).

In het Verenigd Koninkrijk is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd van 12 studies bij volwassenen en 5 studies bij kinderen naar lichamelijke activiteit en fitheid van Zuid-Aziaten. Uit dit literatuuronderzoek bleek dat niveaus van fysieke activiteit lager waren in alle Zuid-Aziatische groepen ten opzichte van de algemene bevolking en dat de patronen van activiteit verschilden (Fischbacher, Hunt, & Alexander, 2004).

Gebrek aan voldoende lichamelijke activiteit speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van diabetes type 2. Onder Britse Zuid-Aziaten komt diabetes type 2 minstens vier keer vaker voor dan in de algemene populatie. Over factoren en overwegingen die fysieke activiteit onder Zuid-Aziaten zouden verbieden en/of vergemakkelijken, is weinig bekend (Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas, & Hallowell, 2006).

3.5. Gezondheidsrisico's

Wereldwijd, zowel in ontwikkelingslanden als in westerse landen, is overgewicht en obesitas de afgelopen 30 jaar sterk toegenomen. In de literatuur wordt dit vaak aangeduid als de groeiende wereldwijde jeugd obesitas-epidemie. De variatie in wereldlijke trends is groot tussen de landen. Zowel op mondiaal, als op regionaal en nationaal niveau zijn effectieve programma's en beleidsmaatregelen nodig om het probleem bij kinderen te beperken (Wang & Lobstein, 2006).

De afgelopen 10 jaar is procentueel vooral obesitas sterk toegenomen bij kinderen. Dit geldt ook voor de groep kinderen van Hindostaanse afkomst. Bij Aziatische bevolkingsgroepen, waaronder de Hindostaanse bevolkingsgroep, blijkt dat zij een andere lichaamssamenstelling hebben dan andere etnische groepen. Deze andere samenstelling wordt gekenmerkt door een kleinere spiermassa en tegelijkertijd een grotere vetmassa. Door een grotere vetmassa komen aandoeningen zoals diabetes, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten, al voor bij een lagere BMI (Wilde, Zandbergen-Harlaar, Buuren van, & Middelkoop, 2012).

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen de ontwikkeling van de BMI bij Hindostaanse kinderen en deze aandoeningen, is de Ganesh-project opgezet. Het Ganesh project is een afkorting van 'Growth in south Asians in the Netherlands and Subsequent Health' en omvat verschillende onderzoeken (Wilde de, 2012).

Uit één van de onderzoeken blijkt dat Hindostaanse baby's over het algemeen lichter zijn dan baby's van andere etnische groepen. Tegelijkertijd hebben deze baby's een hoger vetpercentage. De Hindostaanse kinderen behoren daardoor tot het 'thin-fat' fenotype. Hindostanen behouden deze karakteristieke lichaamssamenstelling hun hele leven, waardoor de kans groter is op gezondheidsrisico's. Bij Hindostaanse kinderen in Den Haag werd gevonden dat er bij deze populatie

sprake is van hoge ondergewichtcijfers en relatief lage overgewichtcijfers (Wilde, Zandbergen-Harlaar, Buuren van, & Middelkoop, 2012).

In een vervolgonderzoek van het Ganesh project zijn er nieuwe specifieke BMI normen ontwikkeld voor Hindostaanse kinderen. Er werd geconcludeerd dat de huidige universele BMI normen bij Hindostaanse kinderen het vetpercentage onvoldoende weergeven. Dit houdt in dat de cardiometabole risico's, de gezondheidsrisico's, al verhoogd zijn bij lagere grenswaarden dan bij Europese kinderen. Interventies voor overgewicht en obesitas werden dus te laat gestart bij gebruik van Europese BMI normen. Door gebruik te gaan maken van verlaagde BMI afkappunten voor (Zuid-) Aziatische bevolkingsgroepen, waaronder de Hindostaanse kinderen, kan er bijgedragen worden aan preventie van cardiometabole ziekten (Wilde, Dommelen, & Middelkoop, 2013).

In een onderzoek van de Britse Zuid-Aziatische gemeenschappen is gekeken naar de contextuele invloeden op de ontwikkeling van obesitas bij kinderen. Geconcludeerd werd dat het noodzakelijk is toegang te krijgen tot de kennis van de lokale leden van een gemeenschap om echt te begrijpen wat de invloed is van deze invloeden op obesitas bij kinderen. De rol van culturele factoren komt niet terug in conceptuele modellen van obesitas bij kinderen, maar deze factoren dienen uitdrukkelijk te worden meegenomen in de ontwikkeling van obesitas interventies (Pallan, Parry, & Adab, 2012).

3.6. Potentie van preventie (voorkomen is beter dan genezen) en leefstijl

Een gezonde leefstijl is de laatste jaren voor zowel de mensen op straat als bij de nationale overheid in haar beleid een belangrijk onderwerp. In 2006 heeft de toenmalige minister van VWS een preventienota doen uitgaan met de titel: "Kiezen voor gezond leven". In deze nota kwamen vijf speerpunten naar voren. Twee speerpunten hiervan zijn: 'overgewicht' en 'diabetes'. De urgentie van preventie wordt steeds breder gevoeld. Echter het blijkt dat in de uitvoering van het preventiebeleid gezocht moet worden naar steeds nieuwe manieren van communicatie met de burger en in de omgang met de burger. Het terrein van preventie is breed. Opvallend is dat maar een klein onderdeel van alle preventieve activiteiten gevormd wordt door gezondheidsbevordering en leefstijlverandering (Lucht & Polder, 2010).

Om te komen tot implementatie van nieuwe evidence-based programma's voor preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen is voor de uitvoering participatief actieonderzoek een geschikte aanpak. De benadering is bottom-up. Er wordt rekening gehouden met de behoeften van het gezin om aanpassingen te treffen voor kinderen met overgewicht. Het proces om te komen tot nieuwe zorgprogramma's is complex en vereist samenwerking op vele niveaus. Door gebruik van participatief actieonderzoek kan kennis opgedaan worden op het gebied van kinderen met overgewicht en obesitas in een bepaalde context en kan praktijkkennis geleverd worden voor de gezondheidszorg (Øen & Stormark, 2013).

Door meerdere gerandomiseerde gecontroleerde studies en meta-analyses is de efficiëntie van leefstijlinterventie voor obesitas bij kinderen bewezen. Leefstijlinterventies worden beschouwd als de keuze voor behandeling bij kinderen met obesitas. Zelfs een stabiel gewicht in een opgroeiend kind met obesitas is geassocieerd met een verbetering van de cardiovasculaire risicofactoren en comorbiditeit van obesitas. Vooral kinderen in de leeftijd van 5-12 jaar en kinderen met overgewicht in plaats van obesitas boeken winst met leefstijlinterventies (Reinehr, 2013).

Recente studies toonden aan dat het betrekken van ouders is cruciaal voor het behalen van succes met leefstijlinterventies, wat suggereert dat ouders én kinderen en niet alleen kinderen de primaire doelgroep van de interventies zou moeten zijn. Storingen in gewichtsvermindering worden niet alleen toegeschreven aan een gebrek aan motivatie, maar ook aan andere aspecten, in het bijzonder de genetische achtergrond. Jongere kinderen en kinderen met weinig overgewicht profiteren vooral van leefstijlinterventies in tegenstelling tot kinderen met extreme obesitas (Reinehr, 2011).

Leefstijlen zijn nauw verbonden met consumptiepatronen. Een leefstijl is een kwestie van keuze en gewoonte die gevormd en bepaald worden door de context waarin een persoon leeft. Deze context bestaat uit de sociale, culturele, technische, economische, politieke, institutionele en geografische omgeving en alle betrokkenen in die omgeving. Het omvat de dagelijkse praktijken en wordt beïnvloed door materiële en niet-materiële zaken zoals onze normen en waarden, omgangsvormen en onderwijs. Leefstijlen zijn verbonden met identiteit. Leefstijlen kunnen gezien

worden als “sociale gesprekken” waarbinnen een individu zich verbindt met of onderscheidt van anderen. Het is de manier van het tonen van verbondenheid met hoe een individu is opgegroeid en wat hij heeft geleerd. En deze manieren worden gevormd (Backhaus, Breukers, Mont, Paukovic, & Mourik., 2012).

Leefstijl kent vier domeinen. Deze domeinen zijn consumeren, leven, bewegen en gezondheid en samenleving. Voor het veranderen van een leefstijl zullen de uitdagingen en kansen gezocht moeten worden in deze vier domeinen (Backhaus, Breukers, Mont, Paukovic, & Mourik., 2012).

Volgens Andrea Evers, hoogleraar aan de afdeling Medische Psychologie van de Radboud Universiteit in Nijmegen, zijn mensen gewoontedieren (Santen., 2014). Verandering van leefstijl betekent gedragsverandering. Nieuw gedrag gaat niet van zelf, daar moet een individu zijn best voor doen. Nieuw gedrag is zowel lichamelijk als geestelijk nieuw gedrag. Het neemt in je hoofd ruimte in beslag.

Elk individu ondervindt obstakels bij het aanleren van nieuw gedrag. Obstakels kunnen emotioneel zijn. Een individu kan het niet leuk vinden om zijn gedrag te moeten veranderen, of hij heeft schaamte voor het feit dat hij zijn gedrag moet veranderen. Het vinden van een excuus is dan gauw gevonden. Als individuen vanwege hun gezondheid hun gedrag willen veranderen zijn er volgens Arie Dijkstra, hoogleraar gezondheidspsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, twee dingen die gedragsverandering tegenhouden. Individuen kunnen te veel waarde hechten aan oude gewoonten, zoals te veel eten. Of door allerlei zelfopgelegde hindernissen laten zij zich weerhouden, bijvoorbeeld het uitoefenen van fysieke activiteit (Santen., 2014).

Uit recent onderzoek naar gezondheidsdeterminanten blijkt dat Hindostanen een laag self-efficacy hebben en dat zij zichzelf niet in staat zien om zelf belangrijke veranderingen in hun leven aan te brengen. De Hindostanen ervaren culturele en sociale barrières. Bij Hindostanen is er sprake van een externe locus of controle. En een belangrijke component van hun cultuur is collectivisme (Ricke & Middelkoop, 2012).

Leefstijlbeleid is niet eenvoudig. In het preventiebeleid wordt een belangrijke taak aan de gemeenten toebedeeld. Zij moeten de landelijke speerpunten vertalen in maatregelen op bijvoorbeeld scholen, in sportkantines en wijken. De doelstelling in de preventienota van 2006 ten aanzien van overgewicht bij jeugdigen is: “percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2015)”. Of deze doelstelling gehaald gaat worden, is maar de vraag. Het voorlopig effect lijkt te zijn dat onder jeugdigen het overgewicht stabiel blijft (Lucht & Polder, 2010).

De gemeente Den Haag verstaat onder gezondheid een toestand van sociaal, geestelijk en lichamelijk welzijn. Een aantal belangrijke leefstijlfactoren zijn o.a. lichamelijke activiteit, voeding en overgewicht. Het gezondheidsbeleid van de gemeente Den Haag wil op deze leefstijlfactoren van haar inwoners invloed uitoefenen (Gemeente Den Haag, 2014). Zo wil deze gemeente de sociale samenhang in haar stad bevorderen door van de eigen kracht van de Hagenaars gebruik te maken. Vanuit het principe van participatie wil GGD Haaglanden in Den Haag de Hindostanen betrekken bij dit groot stedelijke vraagstuk, het probleem van overgewicht en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's. Dit beleid past bij het beleid van de wetgever in de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) op basis van prestatieveld 1, waarbij het doel wordt nagestreefd burgers elkaar te laten ontmoeten en te activeren (Gemeente Den Haag, 2011).

3.7. Volksgezondheid

Gezondheid wordt o.a. beïnvloed door iemands leefstijl. In het themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 ‘Preventie in de zorg’ van het Rivm wordt gesproken over preventieve activiteiten voor doelgroepen die door een zorgverlener, werkzaam in de gezondheidszorg, moeten worden uitgevoerd om te komen tot ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Eén van de doelgroepen zijn de mensen met een verhoogd risico. De Hindostaanse gemeenschap uit Den Haag behoort tot deze doelgroep. In het themarapport is gekeken naar de effecten op gezondheid, participatie en zorgkosten (Rivm., 2013).

Om de ontwikkeling van de volksgezondheid in kaart te brengen zijn gegevens over sterftekansen van groot belang. Vanaf 1850 zijn deze gegevens in Nederland bekend. Sinds het begin van de jaren vijftig van de 20e eeuw wordt het sterftepatroon gedomineerd door sterfte aan hart- en vaatziekten en door verschillende kankervormen. Om een schatting te kunnen maken van toekomstige sterftekansen, wordt verondersteld dat de ontwikkelingen van de sterftekansen in het verleden zich naar de toekomst voortzetten. Gebruikmakend van de absolute sterfte, vindt een onderscheid plaats tussen ontwikkelingen in sterfte op basis van demografie en epidemiologie.

Onder epidemiologie worden ontwikkelingen verstaan in sterfte en ziekte. En deze ontwikkelingen worden beïnvloed door leefstijl, omgeving, persoonsgebonden factoren, technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen (Luijben & Kommer, 2010).

Op haar website 'volksgezondheidtoekomstverkenning' geeft het ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan dat één van de belangrijkste baten van gezondheid en zorg de maatschappelijke participatie is (VWS., 2014). De rol van burgers in de samenleving verandert als het gaat om gezondheid, leefstijl en zorg. Eigen verantwoordelijkheid en eigen regie zijn hierbij sleutelwoorden (VWS, 2014).

In het onderzoek 'Dadels en McDonalds' (Wolffers, Zendedel, Jaspers, & Ham, 2012) hebben moeders geparticipeerd van kinderen op twee Islamitische basisscholen in Amsterdam. Zij werden gestimuleerd om in groepsgesprekken oplossingen te bedenken en knelpunten te signaleren voor een gezonde leefstijl van hun kinderen. Resultaten waren dat de moeders meenden bewuster te zijn van een gezonde leefstijl en dat bij enkelen het onderzoek heeft geleid tot gedragsverandering. Tijdens het onderzoek waren de onderwerpen voornamelijk voeding en opvoeding en in mindere mate beweging. Eetgewoonten, leefgedrag en schoonheidsidealen bleken beïnvloed te worden door cultuur. Eetgewoonten en gastvrijheid en gezelligheid bleken vaak met elkaar verbonden te zijn. Geconcludeerd werd dat het moeilijk blijkt te zijn bepaalde voedingspatronen te doorbreken.

4. METHODESECTIE

4.1. De gefundeerde theoriebenadering

Om gedragsverandering, kennisvermeerdering en het komen tot een gezonde leefstijl te realiseren, is het actief betrekken van ouders bij het oplossen van het probleem waarmee zij te maken hebben van groot belang. Interventies, die door de ouders zelf bedacht en ontwikkeld zijn en aansluiten bij hun behoeften, hebben een grotere kans van slagen. In het kader van bewustwording van de gezondheidsrisico's bij overgewicht en het begrijpen van de factoren die daar een oorzakelijke rol in kunnen spelen is Participatory Action Research (PAR) een zeer geschikte onderzoeksmethode (Minkler, 2000).

PAR valt in de onderzoeksmethodologie binnen de onderzoeksbenadering van actieonderzoek of handelingsonderzoek en het kritisch-emancipatoire paradigma (Migchelbrink, 2010). In deze benadering wordt veelal uitgegaan van een kritische benadering waarbij de werkelijkheid gezien wordt als een complexe, multidimensionale werkelijkheid. Tevens wordt in deze benadering de mens gezien als een sociaal subject die zich ontwikkelt door continue interactie met andere mensen. Hierbij speelt kennis een emanciperende functie. Kennis is een middel om leer- en veranderingsprocessen op gang te brengen. In deze onderzoeksbenadering wordt het verkrijgen van kennis gebruikt om de doelgroep handelingsalternatieven te bieden waardoor zij beter of daadwerkelijk anders kunnen handelen in hun situatie.

PAR verschilt van de meeste andere onderzoeksbenaderingen betreffende volksgezondheid. Ten eerste is PAR gericht op actie, die wordt bereikt door een reflectieve cyclus, waarbij deelnemers gegevens verzamelen en analyseren, om vervolgens te bepalen welke actie de volgende moet zijn. De genomen actie is gericht op het verbeteren van gezondheid en het verminderen van de ongelijkheid op het terrein van gezondheid doordat de deelnemers in het onderzoek maatregelen nemen om hun eigen gezondheid te verbeteren. Tijdens PAR doen onderzoekers en deelnemers aan zelfreflectie. Door deze zelfreflectie kunnen zij beter de gebruiken waaraan zij deelnemen en de situaties waarin zij zich bevinden, begrijpen en verbeteren. Het proces van zelfreflectie is direct gekoppeld aan actie, beïnvloed door het begrijpen van de geschiedenis, de cultuur en de lokale context en ingebed in sociale relaties. Actie en reflectie moeten onlosmakelijk met elkaar verenigd zijn. De werkwijze van PAR leidt tot empowerment en zorgt ervoor dat deelnemers meer controle krijgen over hun leven. De deelnemers ontwikkelen een kritisch bewustzijn en gaan hun situatie zien als een situatie die in aanmerking komt voor transformatie. Deze transformatieve kracht staat centraal in PAR. Ten tweede wordt bij PAR veel aandacht besteed aan machtsverhoudingen. Gepleit wordt voor het doelbewust delen van de macht tussen de onderzoeker en de deelnemers. Onderzoekers en deelnemers worden partners in het hele onderzoeksproces inclusief het selecteren van het onderzoeksonderwerp, het verzamelen van gegevens en de analyse en het beslissen welke actie er moet gebeuren als gevolg van de onderzoeksresultaten. En ten derde steekt PAR zich scherp af tegen minder dynamische onderzoeksbenaderingen die gegevens en informatie verwijderen uit hun context. Bij de meeste gezondheidsonderzoeken worden deelnemers gezien als passieve deelnemers, als 'onderwerpen' of 'respondenten'. PAR pleit ervoor dat de deelnemers actief betrokken worden bij het onderzoeksproces. In de jaren 80 van de 20e eeuw en decennia daarvoor werd zeer weinig onderzoek met behulp van PAR uitgevoerd. In de jaren 90 werd het gebruik van PAR al meer algemeen. In de 21e eeuw wordt PAR meer gebruikt in gezondheidsonderzoeken. Een dilemma is dat het gebruik van PAR tijdrovend is en de uitkomsten onvoorspelbaar. Voor academici betekent dit vaak ook een minder hoge productie van artikelen in gerefereerde tijdschriften. Voor financierders is deze vorm van onderzoek vaak minder aantrekkelijk (Baum, MacDougall, & Smith, 2006).

Bij participatief onderzoek ligt de nadruk op een 'bottom-up' benadering met een focus op lokaal gedefinieerde prioriteiten en lokale mogelijkheden. Het is aangetoond dat het betrekken van deelnemers in onderzoek de effectiviteit verbetert en op de lange termijn tijd- en geldbesparing oplevert. Het belangrijkste element van participatief onderzoek is de houding van de onderzoeker en niet het gebruik van methoden. Onderzoekers moeten het vertrouwen winnen van de deelnemers. In het begin kunnen deelnemers weinig of geen vertrouwen hebben in hun eigen kennis en het onderzoek en zich afhankelijk opstellen naar de onderzoeker. Een eerste stap in het proces van herstel van vertrouwen is het creëren van figuurlijke ruimtes waarin deelnemers zich veilig voelen om deel te nemen aan het proces en waarbinnen zij zich durven te identificeren en zichzelf te

confronteren met hun problemen. Dit vergt de nodige oefening van onderzoekers (Cornwall & Jewkes, 1995).

Het toepassen van PAR in dit onderzoek is bij uitstek geschikt voor verandering van leefstijl omdat een gezonde leefstijl niet gevolgd maar geleerd moet worden. Het onderzoek is hier het middel om leer- en veranderingsprocessen op gang te brengen (Migchelbrink, 2010). De nadruk van actieonderzoek ligt op het actief zoeken naar oplossingen van problemen om te komen tot sociale verandering. Bij participatief onderzoek staat het betrekken van de doelgroep centraal. PAR biedt ouders in dit onderzoek de mogelijkheid om meer invloed te krijgen op hun eigen situatie met hun kinderen en positieve veranderingen aan te brengen in hun opvoedingsstijl. Het sleutelconcept van PAR is *empowerment* (VU Medisch Centrum, 2013). Vanuit deze beschrijving past PAR zeer goed bij de doelstelling van het onderzoek en bij de onderzoeksvraag.

Voor de onderzoeker is PAR een manier om met deze doelgroep een goede relatie op te bouwen en een bijdrage te kunnen leveren aan meer structurele oplossingen in het probleem van overgewicht bij jonge Hindostaanse kinderen. Door het gebruik maken van PAR ligt de focus op participatie en empowerment van de doelgroep. De onderzoeker heeft de taak de doelgroep te ondersteunen bij het (door henzelf) onderzoeken van hun situatie (Migchelbrink, 2010).

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek zo optimaal mogelijk te laten zijn, heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van de (concept) handleiding 'Samen in actie met participatief actieonderzoek' van het VU medisch Centrum, afdeling Metamedica. Deze handleiding geeft een praktisch voorbeeld hoe een vergelijkbaar praktijkonderzoek wetenschappelijk verantwoord uitgevoerd kan worden.

4.2. ONDERZOEKSOPZET EN – ACTIVITEITEN

4.2.1. Algemeen

Om het gehele proces van onderzoek overzichtelijk en visueel te maken heeft de onderzoeker een logic model gemaakt. De grafische weergave van de logische relaties tussen de Inputs, Outputs (Activities & Participation) en Outcomes (Short, Medium & Long) van het onderzoek is in bijlage 1 weergegeven.

4.2.2. De werving van participanten en observant

Voor de uitvoering van het onderzoek heeft de onderzoeker contact gezocht met één van de twee grote Hindostaanse basisscholen, de Shri Vishnu School, in Den Haag. De onderzoeker heeft in eerste instantie gesprekken gevoerd met de directeur en medewerking gevraagd voor het uitvoeren van het onderzoek. In de gesprekken is het doel van het onderzoek uitgelegd en het belang van het onderzoek voor de deelnemers. De directeur heeft medewerking toegezegd. Vervolgens heeft de onderzoeker gesprekken gevoerd met de leerkrachten van groep 1 en 2 en de vakdocent lichamelijke opvoeding van deze school. Aan deze leerkrachten heeft de onderzoeker gevraagd het onderzoek te ondersteunen en vanuit hun positie de ouders te enthousiasmeren om mee te werken aan het onderzoek. De vakdocent lichamelijke opvoeding is betrokken bij het onderzoek aangezien deze leerkracht een belangrijke positie inneemt in deze school t.a.v. gezondheidsbevorderende activiteiten.

Vanuit het praktijkprobleem en de onderzoeksvraag heeft de onderzoeker de keuze gemaakt deelnemende ouders te werven met kinderen in de leeftijd van 4 en 5 jaar vanwege de effecten van preventieve interventie. In eerste instantie hebben alle ouders van kinderen uit groep 1 een uitnodigingsbrief ontvangen via de leerkrachten van de school voor deelname aan het onderzoek (zie bijlage 2). Dit waren twee groepen 1. Aangezien het aantal aanmeldingen onvoldoende was, hebben in een 2e ronde alle ouders van kinderen uit groep 2 dezelfde uitnodigingsbrief ontvangen voor deelname aan het onderzoek. Dit waren twee groepen 2. Aangezien het aantal aanmeldingen nog niet maximaal was, hebben alle ouders uit groepen 1 én 2 een herinneringsbrief ontvangen met de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek (zie bijlage 3).

De ouders die zich hadden opgegeven voor de bijeenkomsten, maar niet aanwezig waren in bijeenkomst één, hebben na deze bijeenkomst persoonlijk een brief ontvangen (zie bijlage 4 en bijlage 5). Alle ouders hebben voor bijeenkomst twee een brief ontvangen ter herinnering aan bijeenkomst twee (zie bijlage 6). Voor de validatiebijeenkomst hebben de deelnemende ouders een

brief ontvangen (zie bijlage 7).

Alle brieven zijn persoonlijk door de onderzoeker bij de leerkrachten afgeleverd. De onderzoeker heeft bij elk contact met de leerkrachten de leerkrachten positief benaderd, hen telkens bedankt voor hun inzet en hen gevraagd ambassadeur te zijn voor dit onderzoek door naar ouders toe positief te spreken over het onderzoek. De werving heeft geresulteerd in 11 aanmeldingen.

De onderzoeker heeft een gezondheidsfunctionaris van GGD Haaglanden gevraagd als observant bij alle bijeenkomsten aanwezig te zijn. De gezondheidsfunctionaris is betrokken bij het beleid van 'Gezonde School' van de Shri Vishnu School en heeft ervaring met PAR. De gezondheidsfunctionaris heeft toegestemd de rol van observant op zich te nemen.

4.2.3. De bijeenkomsten

Voor dit onderzoek zijn de deelnemende ouders in vier bijeenkomsten onder begeleiding van de onderzoeker, tevens gespreksleider, met elkaar in gesprek gegaan over verschillende onderwerpen die de ouders zelf hebben aangedragen. De bijeenkomsten hebben plaatsgevonden op de woensdagochtenden in de Shri Vishnu School van 09.00 - 11.15 / 11.30 uur in een tijdsperiode van zes weken in februari en maart 2014. Binnen de onderzoeksmethode PAR heeft de onderzoeker besloten om gebruik te van groepsdiscussies om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag en de deelvragen, aangezien het onderzoek beoogde de ouderbetrokkenheid te stimuleren. De ouders bepaalden vanaf de eerste bijeenkomst over welke onderwerpen gesproken ging worden. De gespreksleider heeft ervoor gezorgd dat de discussies en de onderwerpen waarover gesproken werd, te maken bleven hebben met het praktijkprobleem, het onderzoeksdoel, de onderzoeksvraag en de deelvragen. In het begin van de eerste bijeenkomst heeft de gespreksleider aan de doelgroep gevraagd wat hun motivatie was en/of hun beweegredenen waren om zich voor de bijeenkomsten op te geven. Vanaf dat moment heeft de gespreksleider de ouders in hun groepsgesprekken en – discussies gevolgd.

Aan het einde van bijeenkomst vier heeft een evaluatie plaatsgevonden. De evaluatie is geschied d.m.v. twee evaluatielijsten. Eén evaluatielijst was een lijst voor het evalueren van de inhoud, de werkwijze en de opzet van de bijeenkomsten en de beoordeling van de ouders. De andere lijst was een lijst met vragen over de persoonlijke gegevens van de ouders. Daarnaast is aan ouders gevraagd een verklaring te ondertekenen voor het opvragen van de gegevens van lengte en gewicht van hun kind uit groep 1 of 2 bij de vakdocent lichamelijke opvoeding (zie bijlage 25). Na bijeenkomst vier heeft er nog een extra, een vijfde bijeenkomst plaatsgevonden. Deze vijfde bijeenkomst was de bijeenkomst waarin de gespreksleider / onderzoeker de analyse en de voorlopige conclusies van de groepsgesprekken van alle bijeenkomsten heeft teruggekoppeld aan de deelnemende ouders d.m.v. een PowerPoint presentatie. In deze bijeenkomst hebben ouders hun feedback kunnen geven op de analyse en de voorlopige conclusies, zodat deze feedback meegenomen kon worden en verwerkt kon worden in de definitieve conclusies van het onderzoek.

De gespreksleider heeft in elke bijeenkomst een deelnemerslijst laten rondgaan (zie bijlage 27).

Bij alle bijeenkomsten was één en dezelfde observator aanwezig zijn, die observeerde en aantekeningen maakte, zowel van de interactie tussen de ouders onderling als van de interactie tussen de gespreksleider/onderzoeker en de ouders. De observator heeft van elke bijeenkomst een observatielijst ingevuld.

4.2.4. De rol van de onderzoeker

Zeer belangrijk vanaf het eerste moment in het onderzoek was de opstelling van de gespreksleider. Door lichaamstaal en echtheid van de gespreksleider heeft de gespreksleider het vertrouwen van de doelgroep moeten winnen. De gespreksleider heeft geen eigen invulling in de groepsgesprekken gegeven. Tijdens de groepsgesprekken heeft de gespreksleider de rode draad van de bijeenkomst goed in de gaten gehouden en het praktijkprobleem centraal gehouden. De gespreksleider in dit onderzoek was zich zeer goed bewust van het belang van de gesprekstechnieken en communicatievaardigheden die de gespreksleider gebruikt heeft in de bijeenkomsten zoals:

- ✓ een uitnodigende lichaamshouding en een niet-bedreigend oogcontact;
- ✓ een respectvolle benadering naar de deelnemende ouders;
- ✓ aanmoedigen en knikken;
- ✓ het stellen van algemene en specifieke open vragen;
- ✓ het vragen om verduidelijking;
- ✓ het observeren van non-verbale signalen;
- ✓ het ervoor zorgen dat alle deelnemende ouders aan het gesprek deelnemen;
- ✓ structuur aanbrengen in de groepsgesprekken;
- ✓ het soms gebruik maken van ondersteunende ik-boodschappen;
- ✓ continu tussendoor samenvatten van het gesprokene;
- ✓ het verifiëren of de samenvatting van het gesprokene een correcte samenvatting was en
- ✓ het vermijden van eigen interpretatie van het gesprokene door de gespreksleider.

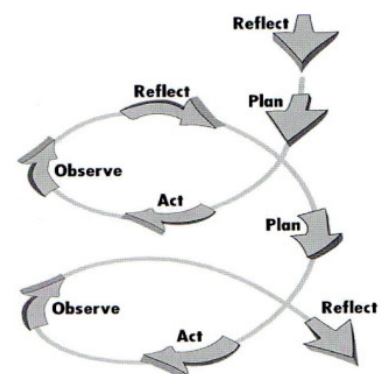


figuur 4: De onderzoeker in actie

Centraal stond daarbij de techniek *van Luisteren, Samenvatten en Doorvragen* (LSD). Ook het actief luisteren was van groot belang. Door als gespreksleider actief te luisteren, werd door de gespreksleider expliciet nagegaan of de gespreksleider de boodschap (inhoud én gevoel) van de sprekende ouder had begrepen. Op deze wijze heeft de gespreksleider het contact met de ouders positief beïnvloedt en wederzijds vertrouwen opgebouwd.

De gespreksleider heeft vooraf aan bijeenkomst één nagedacht over welke onderwerpen mogelijk ter sprake zouden kunnen komen. De gespreksleider heeft een toolkit gemaakt voor bijeenkomst één met instrumenten die ingezet konden worden om de groepsgesprekken te stimuleren en te faciliteren (zie paragraaf 4.2.5). Met deze instrumenten kon de gespreksleider verschillende oefeningen inzetten om de betrokkenheid van de doelgroep te vergroten. Vooraf was niet duidelijk welke uitkomsten er te verwachten waren. Na elke bijeenkomst gaven de ouders aan welk onderwerp zij in de volgende bijeenkomst wilden bespreken met elkaar onder leiding van de gespreksleider. Eenmaal het onderwerp wetende bereidde de gespreksleider de volgende bijeenkomst voor door op zoek te gaan naar nieuwe informatie en kennis voor de ouders. Aan de hand van deze nieuwe opgezochte informatie en kennis omtrent het onderwerp heeft de gespreksleider nieuwe oefeningen/activiteiten en opdrachten bedacht. Op deze wijze werd voldaan aan onderzoeksdeelvraag 3.

Alle deelnemende ouders hebben bij aanvang van bijeenkomst één een schrijfblok en pen ontvangen en een map gekregen waarin zij informatie en aantekeningen konden bewaren. Informatie die door de gespreksleider belangrijk werd geacht, heeft de gespreksleider voor de ouders gekopieerd en aan de ouders uitgereikt. Tevens bedacht en maakte de gespreksleider nieuwe instrumenten voor de toolkit voor de eerst volgende bijeenkomst. De gespreksleider heeft ervoor gezorgd dat er continu een cyclisch proces plaatsvond van reflectie, planning, actie, observatie en opnieuw reflectie, planning, actie, observatie etc. (VU Medisch Centrum, 2013) (zie figuur 5). Door het gebruiken van dit cyclisch proces hebben ouders informatie gekregen en kennis opgedaan waarmee zij aan de slag gingen en waardoor ouders bewust zijn geworden van de factoren die een rol spelen bij toename van gewicht. Door het creëren van bewustwording tijdens het cyclisch proces, vond er continu een interventie plaats tijdens elke bijeenkomst.



figuur 5: Cycli van participatief actieonderzoek

Voor de bijeenkomsten heeft de gespreksleider huiswerken opdrachten bedacht behorende bij mogelijk besproken onderwerpen of het onderwerpen die in de volgende bijeenkomst aan de orde zouden kunnen komen. Vanaf bijeenkomst één heeft de gespreksleider de ouders een huiswerkopdracht meegegeven om thuis mee aan de slag te gaan. Deze huiswerkopdracht werd aan het begin van de volgende bijeenkomst besproken.

Voor de eerste drie bijeenkomsten heeft de gespreksleider gezorgd voor vers fruit. De conciërge van de school zorgde elke bijeenkomst voor koffie en thee. Voor bijeenkomst vier hebben de deelnemende ouders gezorgd voor vers fruit.

De ouders hebben aan het einde van bijeenkomst vier een goodybag ontvangen met informatiefolders die te maken hebben met een gezonde leefstijl en attributen afkomstig van het CJG.

Tevens hebben zij een certificaat van deelname ontvangen (zie bijlage 28). Voor deelname aan het onderzoek hebben ouders namens GGD Haaglanden VVV-bonnen ontvangen.



figuur 6: Goodybag

4.2.5. Toolkit voor de bijeenkomsten

Zoals in paragraaf 4.2.4 staat beschreven heeft de gespreksleider bij de groepsgesprekken gebruik gemaakt van een toolkit met instrumenten die ingezet konden worden om de groepsgesprekken te stimuleren en te faciliteren. Deze instrumenten die door de gespreksleider zijn gebruikt, waren oefeningen/activiteiten en opdrachten. Het doel van het inzetten van deze instrumenten was de betrokkenheid van de doelgroep te vergroten, bewustwording bij ouders op gang te brengen zijn en kennisvermeerdering bij ouders te creëren over (on)gezond gewicht en (on)gezonde leefstijl. Het belangrijkste aspect van het gebruik van deze toolkit was dat de gespreksleider door middel van de inzet van deze 'instrumenten' het centrale probleem concreet heeft gemaakt en de ouders zelf hun eigen problemen ontdekten en zich er bewust van zijn geworden. De 'instrumenten' pasten goed bij het praktijkprobleem en de opzet van groepsgesprekken.

De instrumenten die door de gespreksleider zijn gebruikt in de eerste bijeenkomst zijn:

❖ Associatie oefening "Hoe blijft mijn kind gezond?"

- Methode: ouders schrijven in een paar korte zinnen of met een paar steekwoorden op wat hun motivatie is en/of beweegredenen zijn om zich op te geven voor de bijeenkomsten
- Doel: associaties oproepen over gezondheid en wat ouders daaronder verstaan
- Effect van de oefening: ouders worden actief aan het denken gezet over wat voor hen gezond-zijn en gezondheid inhoudt voor hun kind en wat zij belangrijk vinden

❖ Fotodiscussie

- Methode: A4 vellen met verschillende foto's van kinderen met en zonder overgewicht
- Doel: de ouders uitnodigen hun mening te geven over overgewicht bij kinderen en met elkaar in discussie gaan
- Effect van de oefening: op een goede manier deelnemers te stimuleren om hun associaties, kennis en ideeën over overgewicht uit te spreken

❖ Stellingspel

- Methode: A4 vellen met verschillende stellingen over gezonde leefstijl
- Doel: ouders uitnodigen hun mening te geven over het onderwerp gezonde leefstijl gerelateerd aan gezond gewicht
- Effect van de oefening: de groep, de ouders, in actie krijgen. Door de verschillende reacties van de ouders ontstaat er een discussie. Ouders spreken elkaar aan over waarom een stelling waar of niet-waar is

❖ Associatie oefening “Wat versta ik onder gezonde leefstijl?”

- Methode: ouders schrijven in een paar korte zinnen of met een paar steekwoorden op wat zij verstaan onder gezonde leefstijl
- Doel: associaties oproepen over gezonde leefstijl en wat ouders daaronder verstaan
- Effect van de oefening: ouders worden actief aan het denken gezet over wat voor hen gezonde leefstijl inhoudt voor henzelf en voor hun kind

De instrumenten die gebruikt zijn in de tweede bijeenkomst zijn:

❖ BMI berekenen

- Methode: m.b.v. door de ouders meegebrachte gegevens van lengte en gewicht van hun kind het uitrekenen van de BMI en deze vergelijken met de nieuwe afkapwaarden voor kinderen van Hindostaanse afkomst
- Doel: ouders bewust maken of er sprake is van onder-, normaal of overgewicht bij hun kind met de nieuwe BMI-waarden voor kinderen van Hindostaanse afkomst
- Effect van de oefening: bewustwording bij ouders van het gewicht van hun kind

❖ Poster van de schijf van vijf (zie figuur 7)

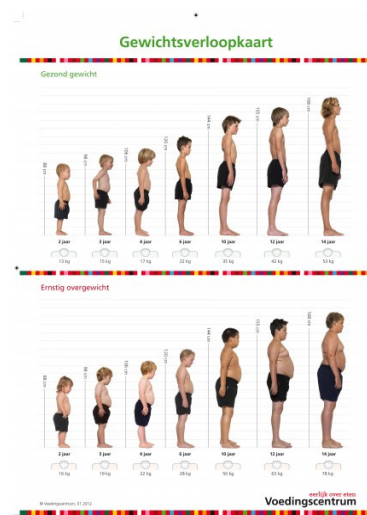
- Methode: met de ouders de vijf vakken van ‘de schijf van vijf’ één voor één bespreken en de bijbehorende ‘vijf regels’ van ‘de schijf van vijf’. Tevens discussie uitlokken over de schijf van vijf en de toepasbaarheid bij Hindostanen
- Doel: associaties oproepen over en bewust worden van hun eetpatroon
- Effect van de oefening: bewustwording bij ouders van hun eetpatroon en wat verbeterd kan worden gebruikmakend van de schijf van vijf en de vijf regels



figuur 7: Poster schijf van vijf (voedingscentrum)

❖ Gewichtsverloopkaart (zie figuur 8)

- Methode: m.b.v. de gewichtsverloopkaart van het voedingscentrum kijken naar foto's en de grafische weergaven van gewichtsverloop in jaren bij een kind met gezond gewicht en een kind met overgewicht
- Doel: ouders bewust maken wat in de toekomst de eventuele gewichtstoename kan zijn als je kind op jonge leeftijd overgewicht heeft
- Effect van de oefening: bewustwording bij ouders welke gevolgen overgewicht op jonge leeftijd kan hebben



figuur 8: Gewichtsverloopkaart (voedingscentrum)

De onderstaande instrumenten uit de toolkit die niet gebruikt zijn tijdens bijeenkomst 2:

❖ Stellingspel

Methode: A4 vellen met verschillende stellingen over voeding.
Doel: ouders uitnodigen hun mening te geven aan de hand van stellingen over het onderwerp gezonde leefstijl gerelateerd aan gezond gewicht
Effect van de oefening: de groep, de ouders, in actie krijgen. Door de verschillende reacties van de ouders ontstaat er een discussie. Ouders spreken elkaar aan over waarom een stelling waar of niet-waar is

❖ Suikerklontjes quiz

Methode: quiz vragen met 3 antwoordmogelijkheden over hoeveel suikerklontjes in verschillende frisdranken zitten.
Doel: ouders bewust maken van de hoeveelheid suiker in verschillende frisdranken
Effect van de oefening: bewustwording bij ouders welke frisdranken veel calorieën bevatten en welke minder en welke keus een gezondere keus zou kunnen zijn

De instrumenten die gebruikt zijn in de derde bijeenkomst zijn:

❖ Film: 'Je lichaam is een tempel' van Uitzending Gezond 24 (28 mei 2011 NPO-Chatney-OHM).

Methode: ouders filmfragmenten laten zien t.a.v. bewegen en uitspraken van Hindostaanse volwassenen en jongeren en Hindostaanse professionals.
Doel: ouders bewust maken wat de invloed is van wel of niet bewegen en ouders met elkaar in discussie laten gaan over het onderwerp bewegen.
Effect van de oefening: ouders kennis bijbrengen wat andere Hindostanen zeggen t.a.v. bewegen en sporten en welke invloed bewegen en sporten heeft op de gezondheid

❖ Stellingspel

Methode: A4 vellen met verschillende stellingen over bewegen en beweegnormen
Doel: ouders uitnodigen hun mening te geven over het onderwerp bewegen gerelateerd aan gezond gewicht en gezonde leefstijl
Effect van de oefening: de groep, de ouders, in actie krijgen. Door de verschillende reacties van de ouders ontstaat er een discussie. Ouders spreken elkaar aan over waarom een stelling waar of niet-waar is. Tevens kennisvermeerdering bij ouders over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen

De volgende instrumenten in de vorm van opdrachten zijn aan het einde van elke bijeenkomst aan ouders meegegeven om thuis als opdracht uit te voeren en/of over een bepaald onderwerp na te denken.

Na bijeenkomst één:

❖ Het grote ontbijtspel

Methode: spel (www.hetgroteontbijtspel.nl).
Doel: ouders laten nadenken over hun ontbijtrituelen en zich hiervan bewust worden
Effect van de opdracht: bewustwording bij ouders over het belang van ontbijten

❖ De ontbijtcheck

Methode: vragen over de ontbijtgewoontes (www.schoolontbijt.nl/ontbijtactie).
Doel: ouders bewust laten worden wat voor een 'ontbijtmama' op '-papa' zij zijn
Effect van de opdracht: bewustwording bij ouders over het belang van ontbijten

❖ Het meenemen van de lengte en het gewicht van hun kind uit groep 1 of 2

Methode: berekenen van de BMI-waarde
 Doel: ouders kennis laten maken met de nieuwe BMI-waarden voor Hindostaanse kinderen
 Effect van de opdracht: ouders bewust laten worden van het (over)gewicht van hun kind

Na bijeenkomst twee:

❖ De beweegthermometer

Methode: ouders één week lang een 'thermometer' laten invullen hoeveel hun kind per dag beweegt en hoe intensief.
 Doel: ouders bewust laten worden van de lichamelijke activiteit van hun kind per dag
 Effect van de opdracht: bewustwording bij ouders of hun kind voldoende lichamelijke activiteit per 24 uur onderneemt

Na bijeenkomst drie:

❖ 'Na-aapje' opdracht (zie figuur 9)

Methode: ouders laten nadenken en opschrijven wat zij aan gezonde voorbeelden laten zien aan hun kinderen en zij door hun voorbeeldgedrag hun kinderen leren
 Doel: ouders bewust laten worden dat zij een voorbeeld zijn voor hun kinderen.
 Effect van de opdracht: bewustwording bij ouders van hoe groot de invloed is van hun voorbeeldgedrag



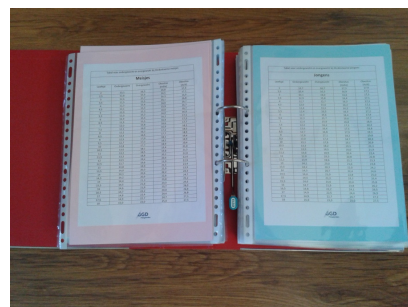
figuur 9: 'Na-aapje' (voedingscentrum)

❖ 'Wat kan ik zelf doen' opdracht

Methode: PowerPoint sheet van een presentatie van het Hindostaans Gezondheidscongres 2014 met de titel: 'Wat kan ik zelf doen?' Ouders laten nadenken en hun antwoorden laten opschrijven over de volgende vragen:
 - Weet ik wat een gezonde leefstijl inhoudt?
 - Wil ik een gezonde leefstijl hebben?
 - Kan ik zelf zorgen voor een gezonde leefstijl (of heb ik hulp nodig?)
 - Hoe werk ik aan een gezonde leefstijl en zorg ik dat ik deze behoud?
 Doel: ouders laten nadenken en bewust een keuze te laten maken over wel of geen gedragsverandering t.a.v. een gezonde(re) leefstijl
 Effect van de opdracht: bewustwording bij ouders van het definitief hardop tegen zichzelf en de andere deelnemers zeggen of zij de uitdaging aangaan van een gedragsverandering t.a.v. het komen tot een gezonde(re) leefstijl. En wat ouders aangeven nodig te hebben aan eventuele hulp voor het verkrijgen van een gezonde(re) leefstijl en hoe zij deze denken te behouden

Alle instrumenten, oefeningen en opdrachten, zijn door de onderzoeker in een werkmap per bijeenkomst verzameld (zie figuur 10)

figuur 10:
Foto's werkmap



5. VERZAMELEN EN ANALYSEREN VAN DATA

5.1. Inleiding

Om alle gegevens van de groeps gesprekken te gebruiken voor het onderzoek heeft de gespreksleider vooraf aan de ouders toestemming gevraagd om al het gesproken tijdens de vier bijeenkomsten als geluidopnamen vast te leggen. Alle ouders hebben hierin toegestemd. De gespreksleider heeft een verklaring ondertekend dat de bandopnamen alleen gebruikt zullen worden voor het onderzoek van de GGD Haaglanden rondom dit thema (zie bijlage 26).

Iedere bijeenkomst heeft de gespreksleider de belangrijkste punten die door de ouders genoemd waren, opgeschreven op flap-overs. Aan het einde van iedere bijeenkomst heeft de gespreksleider samengevat wat er besproken is, dit met kernwoorden op een flap-over geschreven en geïnterviewd over welk onderwerp de ouders het de volgende bijeenkomst wilden hebben. Zowel de samenvatting van het besprokene als de stukken tekst op de flap-overs zijn benoemd door de gespreksleider en zijn terug te horen op de bandopnamen. Uitgaande van het praktijkprobleem heeft de doelgroep verschillende factoren aangedragen die volgens hen een rol spelen. Voor elke nieuwe bijeenkomst heeft de gespreksleider de bandopname met de groeps gesprekken van de vorige bijeenkomst in zijn geheel letterlijk uitgeschreven. Om aan het begin van iedere bijeenkomst terug te koppelen wat de ouders in de vorige bijeenkomst aan belangrijke punten en factoren hadden benoemd, heeft de gespreksleider bij het af luisteren van de bandopnamen van elke bijeenkomst de genoemde punten en factoren verzameld. Deze punten en factoren heeft de gespreksleider in mindmaps weergegeven (zie paragraaf 5.2). De ouders hebben alle mindmaps uitgeprint gekregen. Met behulp van deze mindmaps heeft de gespreksleider de belangrijkste informatie van de vorige bijeenkomst aan de ouders aan het begin van elke nieuwe bijeenkomst teruggekoppeld. Door de informatie visueel te maken in mindmaps was het overzichtelijk voor de ouders waar zij de vorige bijeenkomst over gesproken hadden. Op deze wijze werd er een schakel gemaakt van de ene bijeenkomst naar de volgende bijeenkomst en kon de cyclus van PAR zich voortzetten.

In de laatste bijeenkomst, bijeenkomst vier, heeft de gespreksleider aan de hand van wat allemaal besproken was in de eerste drie bijeenkomsten, voor de ouders inzichtelijk gemaakt welke factoren en welke directe gevolgen samenhangen met het (centrale) probleem. De gespreksleider heeft dit op flap-overs weergegeven. Hierbij heeft de gespreksleider de ouders vooral positief bekrachtigd in wat de ouders allemaal hebben durven aan te geven als oorzaken en directe gevolgen en in welke directe acties zij tijdens de periode van de bijeenkomsten al hebben ondernomen en welke directe kleine resultaten zij al geboekt hebben.

De factoren en punten die besproken zijn in bijeenkomst vier hebben ouders als mindmap uitgeprint gekregen in de validatiebijeenkomst waar de voorlopige conclusies zijn gepresenteerd en besproken.

5.2. De analyse

Het gehele proces dat plaatsvond tijdens de vier groepsbijeenkomsten is geanalyseerd. De groeps gesprekken zijn letterlijk en in zijn geheel uitgeschreven en schriftelijk vastgelegd. De ouders hebben in alle bijeenkomsten zelf bepaald over welke onderwerpen gesproken ging worden.

Voor de analyse van het onderzoek heeft de onderzoeker de procedure van analyseren in kwalitatief onderzoek gevolgd die beschreven is door Hennie Boeije (Boeije, 2012).

Een data-analyse van de data van de gegevens van alle groeps gesprekken heeft plaatsgevonden door middel van het transcriberen van de data, coderen van de data en clusteren van de data.

In eerste instantie heeft er een codering plaatsgevonden aan de hand van codes die uit de literatuurstudie zijn voortgekomen. Deze codes zijn: opvoeding, voeding, (over)gewicht, bewegen en (gezonde) leefstijl. Zoals staat aangegeven in paragraaf 5.1 heeft de gespreksleider bij het uitschrijven van de groeps gesprekken van elke bijeenkomst punten en factoren in mindmaps weergegeven voor de ouders. De onderwerpen van de mindmaps komen overeen met deze codes van de eerste codering.

Na bijeenkomst vier zijn uit alle uitgeschreven bandopnamen per bijeenkomst stukken

gesproken tekst gecentreerd waarin relevantie informatie was gegeven door de ouders voor het onderzoek. De gesproken stukken tekst hebben een relatie met één van deze codes vanuit de eerste codering. Deze stukken gesproken tekst zijn letterlijk uit de uitgeschreven bandopnamen gehaald en in een nieuw 2e document van elke bijeenkomst verzameld, zodat irrelevante informatie verwijderd was en het aantal pagina's met stukken gesproken tekst tot een kleiner aantal is teruggebracht.

Vervolgens heeft door de onderzoeker een 2e codering plaatsgevonden. Deze tweede codering heeft plaatsgevonden door per bijeenkomst uit het 2e document een puntsgewijze samenvattende notitie te maken van ieder uitgelicht stukje tekst en deze puntsgewijze notities op te schrijven in een 3e document. Elke puntsgewijze samenvattende notitie van alle bijeenkomsten heeft een code gekregen. Voor het toekennen van een code zijn de volgende codes uit de onderstaande codeboom gebruikt:

- M: motivatie ouders voor deelname
- V: onderwerp voeding
- OP: onderwerp opvoeding
- G: onderwerp gezondheid
- B: onderwerp bewegen
- L: onderwerp leefstijl
- K: onderwerp kennisvermeerdering
- R: resultaat
- AC: algemene conclusie ouder(s)
- C: specifieke conclusie ouder(s)
- CO: conclusie onderzoeker

Met behulp van deze codering heeft de onderzoeker de conclusies die ouders zelf hebben aangegeven en getrokken in alle vier de bijeenkomsten, kunnen samenvatten tot één geheel. Deze terugkoppeling van de conclusies aan ouders zijn gepresenteerd in de vijfde bijeenkomst, de validatiebijeenkomst. Tevens heeft de onderzoeker zelf conclusies getrokken aan de hand van de data uit alle bijeenkomsten. In de bijlagen zijn alle mindmaps in te zien.

Tijdens het gehele onderzoeksproces zijn ouders zich steeds meer buiten de bijeenkomsten om actiever gaan opstellen. In eerste instantie werd er niet tot nauwelijks gehoor gegeven aan het uitvoeren van de huiswerkopdrachten. Naarmate het onderzoeksproces vorderde waren er steeds meer ouders bereid thuis activiteiten en opdrachten uit te voeren. Ook hebben de ouders in de loop van het onderzoeksproces als groep acties ondernomen om het leerproces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl verder uit te voeren.

Tijdens de groepsgesprekken, naarmate het vertrouwen toenam, heeft de gespreksleider steeds meer directere vragen kunnen stellen aan ouders. Bij het stellen van directe vragen in de zin van wat daadwerkelijk te gaan doen, werd de vraag regelmatig ontweken. Er viel vaak een stilte en/of kwam er een ander antwoord, niet passend bij de vraag. In de laatste bijeenkomst hebben de ouders de meest directe antwoorden willen, kunnen en durven geven.

5.2.1. Bijeenkomst 1

In de eerste bijeenkomst hebben ouders een aantal punten aangegeven voor hun motivatie (code M) om deel te nemen aan de bijeenkomsten. Deze punten zijn:

- interesse in het onderwerp en interesse om kennis te delen,
- kennis opdoen en kennis delen over voeding, opvoeding en bewegen,
- hoe voeding aan te passen
- kennis opdoen over wat gezond is,
- meer te weten komen over gezondheidsrisico's en de eventuele preventie voor hun kinderen,
- nieuwsgierig zijn naar (de inhoud van) de bijeenkomsten

In het begin van deze bijeenkomst tijdens het spreken over de motivatie van deelname heeft de gespreksleider het vertrouwen van de groep ouders weten te winnen. Aanvankelijk namen de ouders een afwachtende houding aan, maar na ongeveer een kwartier mengden alle ouders zich in het groepsgesprek en was het wederzijds vertrouwen gewonnen.

De ouders gaven in bijeenkomst 1 aan dat er drie belangrijke factoren zijn die te maken hebben met overgewicht. Hierbij keken de ouders zowel naar het (eventuele) overgewicht van zichzelf als naar het (eventuele) overgewicht van hun kinderen. Deze drie hoofdfactoren zijn:

- voeding
- opvoeding
- bewegen

Ouders gaven aan dat er een duidelijke relatie is tussen overgewicht en gezonde leefstijl. Tevens werd door de ouders overgewicht ook direct in verband gebracht met gezondheidsrisico's. Als risicofactoren voor deze gezondheidsrisico's werden ook de zelfde drie hoofdfactoren genoemd die genoemd zijn voor overgewicht, namelijk voeding, opvoeding en bewegen. Ouders gaven aan dat de factoren 'bewustwording' en 'gezondheid' een duidelijke relatie hebben met overgewicht en gezonde leefstijl. Alle factoren die door de ouders benoemd zijn en waarbij de ouders aangegeven hebben dat deze te maken hebben met overgewicht zijn:

- gezondheidsrisico's
- gezonde leefstijl
- opvoeding
- voeding
- bewegen
- gezondheid
- bewustwording
- kennis over voeding en opvoeding
- ouders op één lijn zitten
- grenzen stellen
- voorbeeldgedrag
- gewoontes
- geen vaste eettijden
- gemakzucht
- cultuur
- sociale druk
- grootouders

(zie bijlage 8)

Ouders gaven aan dat de hoofdfactor *voeding* een duidelijke relatie heeft met gezondheid, bewustwording, voorbeeldgedrag en cultuur. Alle factoren die door de ouders benoemd zijn en waarbij de ouders aangegeven hebben dat deze te maken hebben met voeding zijn:

- gezondheid
- kennis voeding en gezondheid
- ontbijten

- geen vaste eettijden
 - voeding aanpassen
 - variatie in voeding
 - bewustwording
 - gewoontes
 - voorbeeldgedrag
 - ouders op één lijn zitten
 - grenzen stellen naar je (klein)kind
 - cultuur
 - grootouders
- (zie bijlage 9)

Ouders gaven aan dat de hoofdfactor *opvoeding* een duidelijke relatie heeft met *leefstijl* en daarnaast ook met *bewustwording*, *verantwoordelijkheid*, *cultuur* en *voorbeeldgedrag*. Alle factoren die door de ouders benoemd zijn en waarbij de ouders aangegeven hebben dat deze te maken hebben met *opvoeding* zijn:

- leefstijl
- bewustwording
- voorbeeldgedrag in bewegen en in voeding
- positief opvoeden
- gewoontes
- gemakzucht
- cultuur
- schaamte
- eer
- grootouders
- verantwoordelijkheid ouders
- sociaal gedrag ouders
- ouders op één lijn zitten
- bewustwording
- mentaal

(zie bijlage 10)

Ouders concludeerden dat voor het probleem van overgewicht in eerste instantie *bewustwording* van groot belang is.

Ouders gaven aan dat gezonde leefstijl een duidelijke relatie heeft met vier factoren. Deze zijn voeding, gewicht, opvoeding en bewegen. Hierbij gaven ouders aan dat voor het komen tot een gezonde leefstijl *bewustwording* en *'het eigen maken'* zeer belangrijke factoren zijn. Alle factoren die door de ouders benoemd zijn en waarvan de ouders hebben aangegeven dat deze te maken hebben met een gezonde leefstijl zijn:

- je eigen maken
- bewustwording
- verantwoordelijkheid van ouder voor kind
- eigen verantwoordelijkheid van ouder
- gewicht
- investering
- voorbeeldgedrag
- gemakzucht
- voeding
- op vaste tijden en regelmatig eten
- grootouders



figuur 11: Mijn gezonde voorbeeld
(voedingscentrum)

- cultuur
- sociale druk
- keuzes maken prioriteiten stellen
- bewegen

(zie bijlage 11)

Ouders gaven aan dat zij gezonde leefstijl en gezondheid voor zichzelf en hun kinderen belangrijk vinden. Bij de associatie oefening waarbij ouders hebben opgeschreven wat zij verstaan onder gezonde leefstijl is het volgende naar voren gekomen:

- ✓ gezonde leefstijl en gezondheid zijn belangrijk voor het lichaam
- ✓ gezonde leefstijl is op vaste tijden eten
- ✓ gezonde leefstijl is voeding aanpassen
- ✓ gezonde leefstijl is investeren in keuzes maken (tijd en geld) en prioriteiten stellen
- ✓ gezonde leefstijl begint bij eigen verantwoordelijkheid van de ouder voor zichzelf en voor de kinderen
- ✓ gezonde leefstijl is voor onze kinderen is een stuk opvoeding

Ouders concludeerden dat *gezonde leefstijl* te maken heeft met voeding, bewegen, bewustwording, opvoeding, kennis opdoen en kennis delen.

(zie bijlage 12)

Uitspraak ouder:
'Wij zijn zelf een slecht voorbeeld denk ik'

Uitspraak ouder:
'Nee, het is echt bewust eten, bewust opvoeden. Echt gewoon bewust worden van dingen hè'

Uitspraak ouder:
'Gezonde leefstijl is een stuk opvoeding. Want als ik mijzelf niet opvoed, mijzelf veranderen, dan geef ik dat niet mee aan mijn kind'

Uitspraak ouder:
'Wij willen de verantwoordelijkheid niet nemen om iets te veranderen'

5.2.2. Bijeenkomst 2

Ouders hebben aan het einde van bijeenkomst 1 aangegeven te willen praten in bijeenkomst 2 over het onderwerp voeding. Geen enkele ouder had thuis op internet gekeken naar de twee huiswerkopdrachten van 'ontbijtspel' en 'ontbijtcheck'. De gespreksleider is hier niet uitgebreid op ingegaan en heeft naar ouders teruggekoppeld dat de beslissing aan de ouders zelf is of zij thuis nog een keer gaan kijken naar deze websites.

In het begin van deze bijeenkomst is door gespreksleider nieuwe kennis aangereikt aan de ouders over nieuwe BMI-waarden voor Hindostaanse kinderen. Er is uitleg gegeven over de betekenis van BMI-waarden. Ook is aangegeven wat eventuele gezondheidsrisico's zijn op latere leeftijd indien er sprake is van (ernstig) overgewicht op de kinderleeftijd. Zeven van de tien ouders hadden de lengte en het gewicht van hun kind thuis gemeten en meegenomen naar de bijeenkomst. Alle tien ouders hebben tijdens de bijeenkomst de BMI-waarde uitgerekend van hun kind aan de hand van hun meegenomen of ingeschatte lengte en gewicht van hun kind. Ouders hebben zelf geconstateerd of hun kind een normaal gewicht, een onder- of overgewicht had en of dat er sprake was van ernstig overgewicht (obesitas).

Ouders hebben aan het einde van bijeenkomst 1 aangegeven dat zij *voeding* zien als de belangrijkste hoofdfactor voor het probleem van overgewicht. Dit was ook de reden waarom door de ouders als eerste voor het onderwerp voeding is gekozen om uitgebreider over in gesprek te gaan met elkaar. Ouders hebben aangegeven dat het volgende van belang is: "je te realiseren wat je eet, hoeveel je eet en hoe vaak je eet".

De punten die ouders hebben aangegeven die zij het belangrijkste vinden voor aanpassing en/of verandering van hun voedingspatroon zijn de punten:

- voorbeeldgedrag
- drie hoofdmaaltijden
- gevarieerd eten
- ontbijten
- voorbeeldgedrag
- portiegrootte + verhoudingen in avondmaaltijd
- meer groenten eten
- maximaal 4 tussendoortjes

Ouders gaven aan dat hiervoor het volgende nodig is aan gedragsverandering in relatie tot voeding:

- bewustwording
- als ouder eerst zelf veranderen
- ander eetpatroon eigen maken
- aan nieuw eetpatroon ouden
- 3 hoofdmaaltijden

Andere punten die ouders hebben aangegeven die zij genoemd hebben voor aanpassing en/of verandering van hun voedingspatroon zijn de volgende punten:

- kind uitleg geven
- kind betrekken bij eten koken
- kind betrekken bij boodschappen doen
- bereiding van eten
- gebruik andere producten
- ouders op één lijn zitten
- grenzen stellen aan hun kind
- structuur aanbrengen
- aan tafel eten
- tijd maken voor bereiding van eten en het eten zelf
- minder snoep in huis halen
- geen snoeptraktaties

- water drinken
- fruit eten
- minder verzadigd vet
- minder zetmeel
- minder vaak rijst

De laatste drie punten: minder zetmeel, minder verzadigd vet en minder vaak rijst, worden vooral door de ouders benoemd als boosdoeners behorende bij de Hindostaanse cultuur (zie bijlage 13)

Ouders hebben in deze bijeenkomst aangegeven dat zij graag school willen betrekken bij het proces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl. School voert acties uit op dit terrein, echter ouders vinden dat school en ouders meer moeten samenwerken en elkaar nodig hebben in dit leerproces. Als voorbeeld wordt genoemd dat er een duidelijker en transparanter beleid moet komen t.a.v. gezonde traktaties op school. Een ouder heeft een stukje geschreven in de nieuwsbrief van school van maart 2014 over de bijeenkomsten van het onderzoek.

Uitspraak ouder:
'Wij moeten onze voeding aanpassen'

Uitspraak ouder:
'Dus kort gezegd, wij nemen te veel calorieën in!'

Uitspraak ouder:
***'Wij Hindostanen, tenminste ik dan, wij zijn heel makkelijk.
Wij eten wanneer wij honger hebben.
Wij eten wanneer wij willen. Wij eten wanneer het uitkomt'.***

Uitspraak ouder:
***'Mijn kind had altijd ondergewicht. Maar nu
toch weer een normaal gezond gewicht?'***

Uitspraak ouder:
'Bij mijn kind kom ik nu op overgewicht uit!'

Uitspraak ouder:
'Gewoontes van vroeger zijn natuurlijk ook meegenomen'

Uitspraak ouder:
***'Ik denk dat gewoontes bij de Hindostanen een beetje meer naar
de negatieve kant gaan dan naar de goede kant. Dat heeft te maken met voeding,
de opvoeding, de gemakzucht, alles bij elkaar een beetje'.***

5.2.3. Bijeenkomst 3

Ouders hebben aan het einde van bijeenkomst 2 aangegeven te willen praten in bijeenkomst 3 over het onderwerp *bewegen*. Drie ouders hadden thuis gekeken naar de huiswerkopdracht, de beweegthermometer, waarvan één ouder serieus getracht had de thermometer in te vullen. Echter de opdracht bleek voor de ouders niet duidelijk te zijn, waardoor het invullen niet uitgevoerd was zoals bedoeld was door de gespreksleider. De gespreksleider heeft aangegeven dit als verbeterpunt mee te nemen en heeft nogmaals kort uitleg gegeven betreffende de bedoeling van de opdracht. De gespreksleider heeft naar ouders teruggekoppeld dat de beslissing aan de ouders zelf is of zij thuis nog een keer de beweegthermometer willen invullen om te ontdekken hoeveel hun kind per dag en per week beweegt, daarbij meenemend de kennis die gedeeld is in bijeenkomst 3.

In het begin van deze bijeenkomst is door gespreksleider nieuwe kennis aangereikt aan de ouders over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, zowel voor kinderen als voor volwassenen. Tevens is er kennis aangereikt en gedeeld over 'Sedentair Gedrag'.

Ook hebben ouders informatie gekregen over de kennis dat Hindostaanse volwassenen en kinderen een andere lichaamssamenstelling hebben betreffende vetmassa en spiermassa.

De punten die ouders hebben aangegeven die zij belangrijk vinden ten aanzien van het onderwerp bewegen zijn de volgende punten:

- bewustwording
- tijd voor vrij maken om met de kinderen te bewegen
- voorbeeldgedrag
- regelmatig tussendoor bewegen
- balans tussen 'leren' en 'bewegen'
- kinderen niet te vaak en niet te lang laten gamen, TV kijken, computeren
- kinderen minimaal 60 minuten per dag matig/intensief laten bewegen per dag
- sedentair gedrag maximaal 2 uur per dag

Ouders hebben in de groepsgesprekken met elkaar gesproken en kennis gedeeld over voorbeelden van beweegactiviteiten en sporten die zowel binnen als buiten mogelijk zijn. De volgende mogelijkheden zijn hierbij opgenoemd door ouders:

- voetballen
- kungfu
- yoga
- zwemmen
- dansen
- buiten spelen
- wandelen
- trampoline springen
- op oude matras springactiviteiten
- renspelletjes binnen en buiten
- speeltuin
- gebruik Wii / spelcomputer voor bewegen binnenshuis

Ouders hebben aangegeven in deze bijeenkomst dat (eventueel) overgewicht bij hun kinderen een duidelijke relatie heeft met opvoeding en dat gezonde(re) leefstijl als oplossing moet worden gezien in het voorkomen van overgewicht en het komen tot gezond gewicht. Ouders gaven aan dat zij als grootste boosdoener van overgewicht bij hun kinderen hun eigen voedingspatroon zien. Als tweede boosdoener wordt onvoldoende bewegen genoemd en het teveel tijd laten besteden aan sedentair gedrag (zie bijlage 14 en bijlage 15).

Aan het einde van bijeenkomst drie hebben ouders het volgende aangegeven wat voor hen persoonlijk het belangrijkste is geweest aan punten en/of informatie van de afgelopen drie bijeenkomsten:

- bewustwording van de besproken onderwerpen en kennis opgedaan
- bijeenkomsten erg leerzaam geweest. Bewustwording omtrent onderwerpen voeding, bewegen en leefstijl
- bewustwording van de besproken onderwerpen, verandering in leefstijl aanbrengen en opvoeding door ouders zeer belangrijk
- Eerst zelf bewust worden wat betreft voeding en bewegen. Eerst bij jezelf veranderingen aanbrengen
- alles wat in de drie bijeenkomsten is besproken en aan de orde is geweest is belangrijk
- voeding, gezondheid is belangrijk en leefstijl is voeding
- bewuster geworden. Bijeenkomsten informatief. Geschrokken van informatie
- nieuwe informatie over voeding en gewicht en BMI-waarden. Bewust geworden. Bij jezelf beginnen met veranderen

Zie hiervoor ook overzicht hand-out van de eerste PowerPoint *'Hoe blijft mijn kind gezond'* in bijlage 16.

Uitspraak ouder:
'Schoolkinderen moeten bewegen'

Uitspraak ouder:
'Bijvoorbeeld dansen, dat is intensieve lichamelijke activiteit'

Uitspraak ouder:
'Mijn dochter van vijf heel veel gamen....'

5.2.4. Bijeenkomst 4

De tweede helft van bijeenkomst vier heeft de gespreksleider samen met de ouders expliciet stil gestaan bij wat de ouders en de onderzoeker van de bijeenkomsten geleerd hebben.

Ouders hebben aan het einde van bijeenkomst 3 aangegeven te willen praten in bijeenkomst 4 over het onderwerp gezonde leefstijl. Ouders wilden in deze bijeenkomst nog dieper ingaan op de onderwerpen voeding en gezondheid in relatie tot overgewicht. Zeven van de negen ouders hadden thuis nagedacht over de huiswerkopdracht: 'Wat kan ik zelf doen?' Van deze ouders hadden niet alle ouders hun antwoorden op papier geschreven.

De gespreksleider heeft aan het begin van bijeenkomst 4, na terugkoppeling wat in bijeenkomst 3 was besproken, de ouders de tijd en de gelegenheid gegeven in de bijeenkomst zelf hierover na te denken en voor henzelf hierover punten op te schrijven. Bij het bespreken van de vragen behorende bij de huiswerkopdracht 'Wat kan ik zelf doen?' hebben de ouders het volgende aangegeven.

Op de vraag 'Wil ik een gezonde leefstijl hebben?' hebben alle ouders deze vraag met 'ja' beantwoord. Op de vraag 'Kan ik zelf zorgen voor een gezonde leefstijl (of heb ik hulp nodig?)' hebben alle ouders aangegeven zelf te kunnen zorgen voor een gezonde leefstijl. Op één ouder na gaven alle ouders aan een zekere vorm van hulp nodig te hebben voor het 'zelf zorgen voor een gezonde leefstijl'. Alle ouders hebben hierbij heel duidelijk en als het belangrijkste punt aangegeven de ondersteuning van de huidige groep als hulpbron daarbij te wensen en/of nodig te hebben. Tevens werden de volgende hulpbronnen benoemd die gewenst worden om het proces van verandering in leefstijl in gang te zetten en/of vol te (kunnen) houden:

- informatie en kennis (blijven) verkrijgen
- informatie (blijven) delen met elkaar en zelf opzoeken
- vervolgbijeenkomsten als vervolg op de huidige bijeenkomsten
- (verdere) ondersteuning GGD Haaglanden
- professionele ondersteuning van een diëtiste
- ondersteuning van derden/andere personen
- personal coach voor het bewegen
- steun van partner: samen op één lijn zitten

(zie bijlage 17)

De ouders hebben aangegeven al een aantal acties te hebben ondernomen om het proces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl te ondersteunen en te bevorderen. Deze acties zijn de volgende:

- groepswatsapp aangemaakt om contact met elkaar te houden, elkaar te stimuleren en afspraken te maken
- lijst van e-mailadressen aangemaakt om informatie uit te wisselen en elkaar op de hoogte te houden van nieuwe informatie
- één ouder heeft een stukje tekst geschreven voor de nieuwsbrief van maart van school over de bijeenkomsten
- vier ouders hebben het Hindostaans Gezondheidscongres op 8 maart 2014 bezocht
- aantal ouders zijn ook zelf informatie gaan opzoeken op internet, andere ouders zijn dit ook van plan te gaan doen
- ouders hebben elkaar tips gegeven over sportmogelijkheden voor hun kinderen
- ouders en kinderen gaan met elkaar afspreken op een woensdagmiddag om lichamelijk actief bezig te zijn
- ouders wisselen 'gezonde' recepten uit met elkaar en gaan andere voedingstips uitwisselen

(zie bijlage 18)

Zoals beschreven in de theoriebenadering van de methodesectie (paragraaf 4.1) is het onderzoeksproces van PAR een cyclisch proces (VU Medisch Centrum, 2013). In de vier bijeenkomsten hebben de groepsgesprekken geleid tot acties, die focus werden van nieuwe groepsgesprekken en daarop volgende acties.

De ouders hebben mondeling in deze bijeenkomst 4 aangegeven dat er al veranderingen hebben plaatsgevonden in hun gezin t.a.v. een gezonde leefstijl. Deze veranderingen zijn:

- kind is minder gaan computeren en daarvoor in de plaats meer gaan bewegen (1 ouder)
- ouder zelf meer gaan bewegen (2 ouders)
- ouder minder suiker gaan eten en gaan gebruiken (1 ouder)
- minder snoepen in het gezin (1 ouder)
- kookpatroon veranderd (1 ouder)
- hoeveelheid voeding verminderd (1 ouder)
- meer fruit gaan eten (1 ouder)
- minder tussendoortjes eten (1 ouder)
- in dialoog gegaan met partner over voedingspatroon (1 ouder)
- kennisvermeerdering bij aantal kinderen van ouders (2 ouders)
- zelf kennis en informatie gaan opzoeken (3 ouders)
- bewuster geworden met eten (3 ouders)
- door de groep meer stimulans en motivatie voor het komen tot een gezonde(re) leefstijl (9 ouders)

Ouders bemerken resultaten door de aangebrachte veranderingen. Deze resultaten zijn:

- lichte afname van gewicht bij ouder zelf (1 ouder)
- zich lekkerder voelen (1 ouder)
- meer zelfvertrouwen (3 ouders)
- meer gemotiveerd geworden om te komen tot een gezonde(re) leefstijl door groep (9 ouders)
- verandering van eetgedrag bij partner (1 ouder)
- gemotiveerd geraakt voor bijwonen andere bijeenkomsten (2 ouders)
- meer structuur aangebracht in eetpatroon (3 ouders)
- voeding anders gaan bereiden, minder gebruik van olie en meer gebruik van vezelrijke voeding (1 ouder)
- informatie gaan doorgeven aan derden (3 ouders)

De resultaten die ouders aangegeven hebben zelf al bereikt te hebben na het bijwonen van de vier bijeenkomsten zijn:

- bewust geworden van wat gezonde leefstijl inhoudt
- anders gaan denken, ander eet- en leefpatroon gaan invoeren
- veel informatie gekregen
- veel nieuwe kennis opgedaan
- meer kennis verkregen over gezond eten en bewegen en het ook meer gaan begrijpen waarom gezond eten en bewegen nodig zijn
- meer kennis verkregen over onderwerp gezondheid

Aan het einde van bijeenkomst 4 hebben de negen aanwezige ouders 2 evaluatieformulieren ingevuld. Eén ouder, die deze bijeenkomst afwezig was, heeft de evaluatieformulieren toegestuurd gekregen en thuis ingevuld (zie bijlage 19 en bijlage 20).

De analyse van de evaluatieformulieren heeft via een kwantitatieve analyse plaatsgevonden. De analyse van de evaluatie van de bijeenkomsten is weergegeven in een Excel bestand (zie bijlage 21). Uit deze evaluatie blijkt het volgende:

- 3 ouders geven aan matig tot veel nieuwe informatie te hebben opgedaan door het bijwonen van de vier bijeenkomsten; 7 ouders geven aan veel nieuwe informatie te hebben opgedaan
- ouders hebben nieuwe informatie opgedaan over de onderwerpen
 - overgewicht bij kinderen (3 ouders)
 - voeding en voedingspatronen in relatie tot overgewicht (1 ouder)
 - beweegnormen en beweegactiviteiten in relatie tot overgewicht (1 ouder)
 - komen tot een gezonde leefstijl (8 ouders)

- 4 ouders geven aan matig tot veel bewust te zijn geworden van hun eigen leefstijl en dat van hun kind; 6 ouders geven aan dat er sprake is van veel bewustwording
- op de vraag of ouders een gezonde leefstijl willen voor zichzelf en hun kind geven de ouders het gemiddelde cijfer van 9,2 (0= wil ik helemaal niet, 10=wil ik heel graag)
- op de vraag of ouders zelf kunnen zorgen voor een gezonde leefstijl voor zichzelf en hun kind geven ouders het gemiddelde cijfer van 8,3 (0= kan ik nooit voor zorgen, 10= kan ik altijd/maximaal voor zorgen)
- op de vraag hoeveel belemmeringen/problemen ouders ervaren om een gezonde leefstijl te realiseren geven ouders het gemiddelde cijfer van 3,8 (0= geen belemmering, 10= zeer veel belemmeringen)
- ouders geven het volgende aan hulp nodig te hebben om hun leefstijl en dat van hun kind te veranderen
 - geen hulp (1 ouder)
 - hulp partner (4 ouders)
 - hulp van familie (1 ouder)
 - hulp van ouders (1 ouder)
 - hulp van diëtiste (2 ouders)
 - personal trainer om te komen tot bewegen (5 ouders)
 - ondersteuning vanuit GGD en/of CJG (4 ouders)
 - ondersteuning vanuit de huidige groep (5 ouders)
- 9 ouders geven aan al tijdens de bijeenkomsten te zijn gestart met het werken aan een gezonde en/of meer gezonde leefstijl; 1 ouder start binnen één week
- 9 ouders geven aan andere ouders te kunnen en te willen motiveren om ook aan de slag te gaan met een gezonde leefstijl; 1 ouder weet het nog niet
- 3 ouders geven aan de sfeer in de bijeenkomsten als prettig te ervaren, 6 ouders als zeer prettig en 1 ouder als formidabel/uitstekend en motiverend
- 8 ouders geven aan het dat de bijeenkomsten op de Shri Vishnu School gegeven moeten worden; 1 ouder geeft aan dat de locatie ook anders mag zijn; 1 ouder geeft geen voorkeur aan
- 9 ouders geven aan dat de woensdagochtend een geschikte ochtends is voor de bijeenkomsten; 1 ouder heeft de bijeenkomsten liever in de avonden
- 9 ouders geven aan dat de tijd van 09.00-11.15 uur een geschikte tijd is; 1 ouder geeft aan liever een tijd in de avonden te hebben
- op de vraag een cijfer toe te kennen voor de inhoud van de bijeenkomsten geven de ouders het gemiddelde cijfer van 8,7 (1=zeer laag, 10=zeer hoog)
- op de vraag een cijfer toe te kennen voor de begeleiding van de bijeenkomsten geven de ouders het gemiddelde cijfer van 9,2 (1=zeer laag, 10=zeer hoog)
- 9 ouders geven aan dat zij graag willen dat er vervolgbijeenkomsten georganiseerd gaan worden; voor 1 ouder zijn deze vier bijeenkomsten voldoende geweest
- 7 ouders geven aan over nog meer onderwerpen informatie te willen ontvangen en erover te willen praten met andere ouders onder begeleiding van de GGD Haaglanden; 3 ouders geven het antwoord 'nee' hierop. Over de volgende onderwerpen willen de ouders graag nog informatie ontvangen en over praten met andere ouders onder begeleiding van GGD Haaglanden
 - gedrag van het kind
 - bewustwording voeding en bewegen
 - workshops, bijeenkomsten, opleidingen
 - nieuwsbrieven
 - gezondheid
 - wat je wel en niet moet eten
 - hoe om te gaan als je kind gepest wordt
 - nog meer informatie over BMI

In alle vier de bijeenkomsten heeft de gespreksleider in de groepsgesprekken regelmatig inzichtelijk gemaakt welke factoren en welke directe gevolgen samenhangen met het (centrale) probleem en deze vermeldt op flap-overs. Door het gebruiken van het cyclisch proces van PAR (zie figuur 5), hebben ouders informatie gekregen en kennis opgedaan waarmee zij aan de slag gingen en waardoor ouders bewust zijn geworden van de factoren die een rol spelen bij toename van gewicht. Door het creëren van bewustwording tijdens het cyclisch proces, vond er continu een interventie plaats tijdens elke bijeenkomst.

5.2.5. De evaluatielijsten

Door het bijwonen van de bijeenkomsten hebben ouders veel nieuwe informatie opgedaan over met name de onderwerpen 'overgewicht bij kinderen' en 'het komen tot een gezonde leefstijl'. Bij alle ouders is (matig tot) veel bewustwording opgetreden over hun eigen leefstijl en dat van hun kind. Het onderzoeksdoel A-3 is hiermee behaald.

Ouders geven met een hoog cijfer aan (9,2) een gezonde leefstijl te willen voor hun kind en geven met een hoog cijfer (8,3) ook aan hiervoor te kunnen zorgen. Ouders geven met een laag cijfer (3,8) aan niet veel belemmeringen/problemen te ervaren om een gezonde leefstijl te realiseren. De hulpbronnen worden vooral gezocht in hulp/ondersteuning van de huidige groep en van de partner, maar met name ook in begeleiding van professionals zoals diëtiste, personal coach en bijeenkomsten door GGD en/of CJG. Deze hulpbronnen worden als bevorderende factoren gezien door de ouders (antwoord op onderzoeksdeelvraag 4).

Op één ouder na zijn alle andere deelnemende ouders tijdens het onderzoek aan de slag gegaan met het leerproces van komen tot een gezonde(re) leefstijl. Op één ouder na zijn alle andere deelnemende ouders gemotiveerd om andere ouders te motiveren aan de slag te gaan met een gezonde leefstijl.

Uitspraak ouder:
'Ik ben er al mee begonnen...'

Uitspraak ouder:
'Het is zo fijn dat we dan samen aan het veranderen zijn'

Uitspraak ouder:
'Ja, ik voel me inderdaad ook veel lekkerder. Ik voel me ook... ja, een stukje zelfvertrouwen hè'

Uitspraak ouder:
'Ik kan het. Ik moet gewoon bewuster worden met eten'

Uitspraak ouder:
'Ik kan het, jazeke....ik ben een stukje bewuster geworden'

5.2.6. De validatiebijeenkomst

In een extra bijeenkomst van een uur, de validatiebijeenkomst, heeft de alle conclusies en resultaten die door de ouders zijn getrokken tijdens de vier bijeenkomsten, gepresenteerd in een Power Point presentatie (zie bijlage 22). Deze Power Point presentatie is gemaakt aan de hand van de codering. De ouders hebben in deze bijeenkomst als feedback aangegeven alle conclusies en resultaten die genoemd werden, te herkennen. De ouders hebben als feedback aangegeven geen verdere aanvullingen te hebben of op- en/of aanmerkingen t.a.v. de conclusies en resultaten en hebben ingestemd met deze conclusies en resultaten van het onderzoek. De onderzoeker heeft tot slot ouders een lijst gegeven voor in hun verzamelmap met tips hoe een gezonde leefstijl wél zou kunnen gaan lukken (zie bijlage 23).

5.2.7. De observaties van de observant

De observant heeft de interactie tussen de deelnemers onderling in de eerste 2 bijeenkomsten als 'goed' beoordeeld en in de laatste 2 bijeenkomsten als 'zeer goed' beoordeeld. De observant heeft de interactie tussen de deelnemers en de gespreksleider éénmaal beoordeeld als 'goed' en driemaal als 'zeer goed'. De deelname aan de gesprekken door de deelnemers is door de observant in de eerste 2 bijeenkomsten als 'goed' beoordeeld en in de laatste 2 bijeenkomsten als 'zeer goed'. De observant heeft het fungeren van de gespreksleider in de bijeenkomsten éénmaal als goed en driemaal als 'zeer goed' beoordeeld.

De observant heeft de volgende opmerkingen geplaatst tijdens de observatie:

Bijeenkomst 1: de gespreksleider fungeerde tijdens het 1e gesprek heel erg goed. Op een rustige manier werd snel het vertrouwen van de groep gewonnen.

Bijeenkomst 2: vooraf informatiepakketjes maken en klaarleggen i.p.v. tijdens de bijeenkomst deze uitdelen > gevolg: rumoer en door elkaar heen praten > gevolg: groep een beetje kwijt in het begin. Aan het begin van bijeenkomst 2 even vragen naar ervaringen van de deelnemers t.o.v. de vorige keer > wat hebben de deelnemers met de info gedaan (o.b.v. bezoeken van websites, etc.) (gespreksleider kwam pas later in de bijeenkomst hierop terug)

Bijeenkomst 3: hele ontspannen, open sfeer > super! Deelnemers "durven" elkaar tips te geven en samen activiteiten te ondernemen

Bijeenkomst 4: echt heel goed hoe de gespreksleider de groep weet te motiveren: niemand is bij de bijeenkomsten weggebleven en er zijn zelfs acties vanuit de groep ontstaan. Super! (zie bijlage 24).

5.2.8. Het innovatieproduct – het informatieboekje voor ouders

Zoals beschreven in paragraaf 2.3 is één van de doelen van het dit onderzoek het maken van een innovatieproduct dat bruikbaar is voor de deelnemende ouders (onderzoeksdoel B).

In eerste instantie heeft de onderzoeker in het onderzoeksplan gekozen voor het ontwikkelen van een concept handleiding als basis voor een preventieve interventie voor alle in Den Haag woonachtige ouders van Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4 en 5 jaar als onderzoeksdoel B. Echter gaande het onderzoek en in overleg met de opdrachtgever heeft de onderzoeker het innovatieproduct veranderd tot het ontwikkelen van een boekje voor de deelnemende ouders en in samenwerking met deze ouders. Het maken van een innovatief product samen met de doelgroep past zeer goed bij het 'gedachtengoed' van participatief actieonderzoek. De onderzoeker realiseerde zich dat het gehele onderzoeksverslag al een uitgebreide handleiding is en door derden als zodanig gebruikt kan worden om op dezelfde wijze met ouders van kinderen van Hindostaanse afkomst in de leeftijd van 4 en 5 jaar in gesprek te gaan.

Het doel van het informatieboekje is de ouders verder te ondersteunen in hun proces van gedragsverandering t.a.v. het komen tot een gezonde(re) leefstijl, zowel voor zichzelf als voor hun kind. In het informatieboekje is de informatie terug te vinden die ouders zelf hebben aangegeven en de conclusies die ouders hebben getrokken na het bijwonen van de vier bijeenkomsten. Daarnaast is in het informatieboekje ook de kennis terug te vinden die door de gespreksleider is overgedragen aan de ouders. De tekst in het boekje is geschreven door de gespreksleider. De tekst is zodanig geschreven dat het een compact, gemakkelijk leesbaar en informatief boekje is geworden. Voor het schrijven van de tekst heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van de gehele analyse & conclusies van het onderzoek en de literatuurstudie. Het informatieboekje draagt bij aan pedagogische

opvoedondersteuning van de deelnemende ouders en aan preventief beleid van GGD Haaglanden t.a.v. de gezondheidsrisico's van mensen van Hindostaanse afkomst. Het informatieboekje kan gebruikt worden door GGD Haaglanden voor andere ouders met kinderen van Hindostaanse afkomst in de leeftijd van 4 en 5 jaar.

Ouders hebben meegewerkt aan het tot stand komen van het boekje door alle foto's aan te leveren en door het aanleveren van de recepten. De uitspraken in het boekje zijn letterlijke uitspraken van de ouders tijdens de vier bijeenkomsten.

Het boekje wordt in juni 2014 uitgereikt aan de opdrachtgever, GGD Haaglanden, en aan de deelnemende ouders van de Shri Vishnu School.



5.2.9. Gegevens van de participerende ouders, hun (ex) partners en hun kinderen

Twee aangemelde ouders hebben zonder vermelding niet deelgenomen aan de bijeenkomsten. Eén ouder heeft zich na bijeenkomst 1 alsnog aangemeld en vanaf bijeenkomst 2 alle bijeenkomsten gevolgd. De deelnemende groep ouders aan het onderzoek bestond uit tien ouders. Van de tien ouders waren negen ouders zelf van Hindostaanse afkomst, één ouder was van Nederlandse afkomst en was haar partner van Hindostaanse afkomst.

Alle ouders hebben een kind in groep 1 of 2 van de basisschool, de Shri Vishnu School, in Den Haag. In bijeenkomst 1 waren zeven ouders aanwezig, in bijeenkomst 2 tien ouders, in bijeenkomst 3 negen ouders en in bijeenkomst 4 waren negen ouders aanwezig. In de validatiebijeenkomst waren acht ouders aanwezig. De groep van tien ouders bestond uit twee mannen en acht vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 45,5 jaar met een range van 44 -47 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 36,25 jaar met een range van 31 – 44 jaar. De twee mannen zijn alle bijeenkomsten aanwezig geweest, de andere aanwezigen waren vrouwen. Zes ouders hebben een kind in groep 2, vier ouders hebben een kind in groep 1. Tijdens het onderzoeksproces waren drie kinderen 4 jaar, zes kinderen 5 jaar en één kind 6 jaar. Alle kinderen zijn in Nederland geboren en van Hindostaanse afkomst. Van alle deelnemende ouders waren er zes ouders die één kind hebben, de andere vier ouders hebben nog één tot twee oudere kinderen waarvan één kind in de leeftijd van 6 jaar, één van 14 jaar, twee van 16 jaar en één van 19 jaar.

De achtergrondgegevens van de deelnemende ouders en hun (ex) partner zijn de volgende:

<i>Geboorteland</i>	<i>Aantal deelnemende ouders</i>	<i>Aantal (ex)partners</i>
Nederland	3	1
Suriname	4	9
India	2	
Maleisië	1	

<i>Hoogste opleiding</i>	<i>Aantal deelnemende ouders</i>	<i>Aantal (ex) partners</i>
Basisschool	1	1
MAVO / VMBO		2
HAVO		1
VWO	1	
MBO	5	4
HBO	1	1
WO	2	1

<i>Arbeidssituatie</i>	<i>Aantal deelnemende ouders</i>	<i>Aantal (ex) partners</i>
Fulltime werkend	3	9
Parttime werkend	3	
Werkeloos / werkzoekende	2	1
Huisman / huisvrouw	2	

6. CONCLUSIES VAN HET ONDERZOEK

6.1. Algemeen

Aan het onderzoek hebben tien ouders, met kinderen in de leeftijd van 4-5 jaar uit groep 1 en 2 van de Shri Vishnu School in Den Haag, deelgenomen. Alle kinderen van de deelnemende ouders zijn van Hindostaanse afkomst.

Alle ouders hebben actief geparticipeerd in de groepsgesprekken en –discussies tijdens vier bijeenkomsten. De sfeer werd prettig tot zeer prettig ervaren door de ouders. Dit komt overeen met de ervaring van de onderzoeker en de observatie van de observant. De onderzoeker heeft binnen een zeer korte tijd van ongeveer 15 minuten ervoor kunnen zorgen het vertrouwen van de deelnemende ouders te winnen. De onderzoeker heeft ervoor gezorgd dat er sprake was van wederzijds respect en vertrouwen tussen alle aanwezigen in de bijeenkomsten. De observaties van de observant onderschrijven deze conclusies. Cruciaal voor het ‘succes’ van het onderzoek en zeer belangrijk vanaf het eerste moment in bijeenkomst één was de opstelling en houding van de onderzoeker en het ‘juiste gebruik’ van de communicatieve vaardigheden en de gesprekstechnieken.

De observant concludeert dat de gespreksleider tijdens de bijeenkomsten ‘zeer goed’ heeft gefungeerd. De observant vond de interactie tussen de deelnemers en de gespreksleider ‘zeer goed’. Ook de interactie tussen de deelnemers onderling als ook de deelname aan de gesprekken door de deelnemers vond de observant in eerste instantie ‘goed’. Deze beoordeling werd ‘zeer goed’ in de loop van de opeenvolgende bijeenkomsten. De observant concludeert dat de ouders in de loop van het onderzoeksproces actiever werden in hun participatie. Dit komt overeen met de ervaring van de onderzoeker.

6.2. Bewustwording

Bij alle tien deelnemende ouders heeft er bewustwording van een gezonde leefstijl plaatsgevonden. Dit resultaat was ook bereikt met het onderzoek in Amsterdam met participerende Islamitische moeders op twee basisscholen van Wolffers et al. De deelnemende ouders zijn (meer) bewust geworden van de gezondheidsrisico’s zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten die zij en hun kinderen lopen. De gezondheidsrisico’s werden door de ouders ook herkend in de familie en directe omgeving. Ouders zijn zich bewust geworden dat ‘gezondheid’ heel belangrijk is voor de ouder zelf en voor hun kind. Zij zijn zich bewust geworden dat er een relatie is tussen overgewicht en gezondheid van kind en ouder en dat er een relatie is tussen overgewicht en het lopen van gezondheidsrisico’s. Ouders realiseren zich nu dat een goede gezondheid van zichzelf en van hun kind de verantwoordelijkheid is van de ouder. Deze conclusie komt overeen met de literatuur waarin Reinehr aangeeft dat het betrekken van ouders cruciaal is voor het behalen van succes met leefstijlinterventies en dat ouders én kinderen de primaire doelgroep van interventies moeten zijn. Het is een goede keuze geweest van de onderzoeker om, naast interventies die door school uitgevoerd worden met alleen de kinderen, ook de ouders te betrekken bij het komen tot een gezonde leefstijl.

De ouders zijn zich bewust geworden dat er voor hun kinderen van Hindostaanse afkomst andere BMI-normwaarden gelden en dat overgewicht bij hun kinderen een verhoogde kans geeft op de gezondheidsrisico’s voor hun kinderen op latere leeftijd. Van de kinderen van de deelnemende ouders bleken twee kinderen in de categorie van overgewicht te vallen en twee kinderen in de categorie van obesitas.

De ouders zijn zich bewust geworden van hun voedingspatroon en zien hun voedingspatroon als één van de determinanten van overgewicht (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 1*). Dit komt overeen met de bevindingen van het onderzoek in Amsterdam met Islamitische moeders van Wolffers et al. Een aantal ouders zijn zich bewust geworden van de noodzaak hun voedingspatroon aan te passen. De ouders hebben vele factoren benoemd voor aanpassing en/of verandering van hun voedingspatroon waarbij de belangrijkste factoren zijn: gevarieerd eten en niet teveel eten, de noodzaak van ontbijten, het aanhouden van drie hoofdmaaltijden en niet meer dan maximaal vier tussendoortjes te gebruiken. Dezelfde adviezen voor een gezonde leefstijl worden door diëtist Khan benoemd. Ouders zijn zich bewust geworden te moeten gaan letten op hun calorieëninname per dag, zowel van zichzelf en als van hun kinderen.

Ouders realiseren zich dat hun cultuur van grote invloed is op hun voedings- en eetpatroon. Ouders zien hun voedingspatroon als belangrijkste oorzaak van overgewicht (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 2*). Deze conclusie komt overeen met de literatuur van Nicolaou et al. waarin aangegeven wordt dat zowel de migratiegeschiedenis, als de sociaal-economische status en de sociaal-culturele omgeving van allochtonen belangrijke factoren zijn die het voedingspatroon bepalen. In het voedingspatroon zien de ouders de avondmaaltijd als grootste 'boosdoener'. Dit komt overeen met de bevindingen van diëtist Khan, die de avondmaaltijd ook ziet als één van de belangrijkste factoren van overgewicht.

Ouders zijn bewust geworden dat te weinig bewegen een relatie heeft met overgewicht. Een aantal ouders realiseren zich dat zij zelf en hun kinderen te weinig lichamelijke activiteit uitoefenen. Ouders zijn zich bewust geworden van hun beweegpatroon en zien hun beweegpatroon als één van de determinanten van overgewicht (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 1*). Zij zien de noodzaak in dat zowel hun kinderen als zij zelf voldoende lichamelijke activiteit per dag moeten uitvoeren. Ook realiseren zij zich dat deze lichamelijke activiteit niet alleen het beoefenen van een sport inhoudt.

Ouders realiseren zich dat hun cultuur van grote invloed is op hun opvoeding. Dit komt overeen met de literatuur waarin Bouman aangeeft dat voor de meeste Nederlandse Hindostanen de traditionele cultuur een dagelijkse relevantie heeft. Voor een aantal van deze ouders lijkt ook te gelden dat deze cultuur het primaire referentiekader vormt. Tevens komt het overeen met het onderzoek van Wolffers et al waar cultuur ook van invloed bleek op eetgewoonten en leefgedrag.

Ouders zijn zich bewust geworden dat opvoeding een hele grote en een zeer belangrijke rol speelt in de gezondheid van hun kinderen. Ouders vinden dat 'voeding' en 'opvoeding' heel nauw met elkaar verbonden zijn. Ouders realiseren zich nu dat in de opvoeding hun eigen voorbeeldgedrag naar hun kind toe een cruciale rol speelt, zowel m.b.t. voeding als m.b.t. bewegen en dat hierin de oplossingen liggen voor het voorkomen van overgewicht van hun kinderen (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 5*). Ouders zijn zich bewust geworden dat grenzen stellen t.a.v. voeding, het stellen van regels en afspraken t.a.v. voeding en bewegen, structuur aanbrengen in eetpatroon en het met de partner op één lijn zitten t.a.v. grenzen stellen, regels en afspraken van groot belang is om te komen tot een goede gezondheid van hun kind en het voorkomen van of verminderen van overgewicht. Ouders geven aan goed voorbeeldgedrag te kunnen en willen bevorderen door samen aan tafel te eten, door uitleg te geven over voedsel en door samen te gaan bewegen en/of zelf ook te gaan bewegen. Hiermee is onderzoeksdoel A-4 behaald.

A-4: De doelgroep zelf oplossingen laten bedenken hoe vorm te geven aan een gezonde leefstijl

Tevens willen ouders hun kinderen betrekken bij het kopen en bereiden van voedsel. Dit resultaat komt overeen met de literatuur waarin het Rivm aangeeft dat aandacht voor voeding belangrijk is. Ouders realiseren zich dat zij (meer) tijd voor hun kind moeten uittrekken, dat zij hun kind (meer) aandacht moeten geven en meer samen moeten ondernemen. Deze conclusie is ook in overeenstemming met de literatuur waarin Hermanns aangeeft dat het accent in het opvoeden van de 21e eeuw lijkt te verschuiven naar de participatoire visie van 'opvoeden door meedoen', waarbij kinderen invloed kunnen uitoefenen op het sociale systeem, hun gezin. Ouders beseffen nu dat de kans op gezond gedrag van hun kinderen op volwassen leeftijd vergroot wordt door op jonge leeftijd hun kinderen aandacht te geven en hen te leren wat gezond eten en drinken is.

Ouders realiseren zich dat zij in hun cultuur vaak 'gemakzuchtig zijn', zowel in hun voedingspatroon als in de opvoeding. Ouders geven aan snel toe te geven aan de wensen van hun kinderen. Ouders erkennen dat zij van hun ouders een ander voorbeeldgedrag hebben gekregen dan dat zij nu aan hun kinderen moeten gaan geven. Ouders voelen zich een 'middengeneratie'. Ouders krijgen weinig tot geen steun van hun eigen ouders als het gaat om opvoeding t.a.v. een gezonde voeding en gezonde leefstijl. Een andere opvoeding t.a.v. gezonde leefstijl is moeilijk bespreekbaar in de Hindostaanse cultuur van deze ouders.

De ouders zijn bewust geworden van hun eigen leefstijl en die van hun kinderen. Hiermee is het onderzoeksdoel A-3 behaald.

A-3: De doelgroep bewust laten worden van hun eigen leefstijl en die van hun kinderen in Nederland en welke risico's deze leefstijl met zich meebrengt t.a.v. het ontwikkelen van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten

Ouders realiseren zich dat leefstijlverandering gedragsverandering inhoudt en dat voor leefstijlverandering in eerste instantie bewustwording noodzakelijk is. Ouders beseffen dat eerst een gedragsverandering moet plaatsvinden bij de ouder(s) zelf alvorens een gedragsverandering kan plaatsvinden bij hun kind. Ouders realiseren zich dat een leefstijlverandering eigen gemaakt moet worden en dat zij als ouders verantwoordelijk zijn voor een gezonde leefstijl van hun kind. Ouders zijn zich bewust geworden dat zij door hun opvoeding een gezonde leefstijl voor hun kind kunnen creëren.

Ouders zien hun cultuur als een hindernis voor verandering van hun leefstijl. Hierbij spelen de belemmerende factoren als gemakzucht, sociale druk, schaamte en eer, familiebijeenkomsten en -feesten een rol (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 4*). Ouders realiseren zich dat gedragsverandering een leerproces is. Zij beseffen dat dit leerproces moeilijk is, maar bij alle deelnemende ouders is door het onderzoek de wil en motivatie gecreëerd om te werken aan een gezonde(re) leefstijl. Alle ouders geven aan hun leefstijl ook te kunnen veranderen. Ouders zijn door het onderzoek zich bewust geworden wat een gezonde leefstijl inhoudt. Deze bewustwording is bij ouders meer gekoppeld aan het veranderen van hun voedingspatroon dan aan hun beweegpatroon.

Ouders realiseren zich dat gedragsverandering moeilijk is om vol te houden. De meeste ouders geven aan hier hulpbronnen voor nodig te hebben van sociale contacten in hun directe omgeving en van professionals (*antwoord op onderzoeksdeelvraag 3*). De huidige groep wordt door ouders als zeer ondersteunend en stimulerend ervaren. Op één ouder na willen alle andere ouders verdere ondersteuning door voortzetting van de groepsbijeenkomsten. Ouders geven aan dat de school al veel acties onderneemt t.a.v. een gezonde leefstijl voor kinderen en dat ouders en school elkaar nodig hebben en elkaar (meer) moeten ondersteunen in het leerproces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl. Deze conclusie van ouders komt ook overeen met de literatuur waarin Reinehr aangeeft dat ouders én kinderen de primaire doelgroep van interventies moeten zijn.

6.3. Kennisvermeerdering

Bij alle tien deelnemende ouders heeft er kennisvermeerdering van een gezonde leefstijl plaatsgevonden. Ouders hebben kennis opgedaan over wat BMI-waarden betekenen en over nieuwe BMI waarden voor mensen van Hindostaanse afkomst, zowel voor volwassenen als voor kinderen. Hiermee is het onderzoeksdoel A-2 behaald.

A-2: De doelgroep inzicht geven in welke BMI waarden behoren bij een gezond gewicht van Hindostaanse kinderen en volwassenen bij een bepaalde leeftijd en geslacht

Ouders hebben kennis opgedaan dat bij volwassenen en kinderen van Hindostaanse afkomst de vetophoping vooral in de buikregio plaatsvindt en dat er een duidelijke relatie is tussen vetophoping in de buikregio en diabetes type 2. Ouders hebben kennis opgedaan dat bij volwassenen en kinderen van Hindostaanse afkomst sprake is van een andere lichaamsbouw. Ouders hebben kennis opgedaan over de gevolgen van gezondheidsrisico's van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Door deze kennis zijn ouders bewust geworden dat een ongezonde leefstijl de risico's op het ontwikkelen van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten vergroot. Hiermee is onderzoeksdoel A-3 en A-1 behaald.

A-3: De doelgroep bewust laten worden van hun eigen leefstijl en die van hun kinderen in Nederland en welke risico's deze leefstijl met zich meebrengt t.a.v. het ontwikkelen van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten

Ouders hebben kennis opgedaan over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en over Sedentair gedrag en de richtlijn Sedentair Gedrag voor kinderen van 4 tot en met 11 jaar. Door de kennisvermeerdering van meerdere onderwerpen is onderzoeksdoel A-1 behaald.

A-1: Op basis van wederkerigheid kennisvermeerdering tot stand brengen bij de doelgroep en de onderzoeker over onderwerpen die samenhangen met een gezonde leefstijl voor Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 4 en 5 jaar

Tijdens het onderzoeksproces zijn de ouders actiever gaan participeren in het leerproces tot leefstijlverandering, zowel tijdens de bijeenkomsten als in hun eigen thuissituatie. Ouders willen graag een gezonde(re) leefstijl, maar als het op daadwerkelijke acties aankomt om hun eigen gedrag te veranderen, blijft het regelmatig bij 'ja' zeggen, maar 'nee' doen. Een aantal ouders is zich hier bewust van. Zij geven aan bang te zijn het ingezette leerproces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl zonder verdere ondersteuning niet vol te kunnen houden en te vervallen in oude gewoontes. Verschillende argumentatie wordt aangedragen waarom er uiteindelijk geen actie is ondernomen. Dit komt overeen met de literatuur waarin hoogleraar Andrea Evers aangeeft dat mensen gewoontedieren zijn en dat nieuw gedrag niet vanzelf gaat. Een individu moet daar zijn best voor doen. Dit onderschrijft ook hoogleraar Arie Dijkstra. Hij geeft aan dat individuen twee hindernissen ondervinden bij het komen tot gedragsverandering, namelijk het vallen in oude gewoontes en door zelf opgelegde hindernissen.

Opvallend is dat ouders met het invullen van de vragenlijst een laag cijfer geven (3,8) niet veel belemmeringen /problemen te ervaren om een gezonde leefstijl te realiseren. Dit komt niet overeen met wat ouders mondeling hebben aangegeven. In de laatste bijeenkomst hebben zij aangegeven duidelijk hulp nodig te hebben van verschillende hulpbronnen en is het merendeel van de ouders bang dat het ingezette proces van verandering zal stagneren en/of stoppen. Het weinig vertrouwen hebben in eigen vaardigheid om een gezonde leefstijl te bewerkstelligen komt overeen met de resultaten van Ricke in het onderzoek naar gezondheidsdeterminanten. Uit dit onderzoek blijkt dat Hindostanen een laag self-efficacy hebben en dat zij zichzelf niet in staat zien om zelf belangrijke veranderingen in hun leven aan te brengen. Tevens blijkt ook uit dit onderzoek dat Hindostanen culturele en sociale barrières ervaren en dat bij Hindostanen sprake is van een externe locus of controle. Dit lijkt ook van toepassing op de ouders uit dit onderzoek.

De onderzoeker heeft in samenwerking met de ouders een informatieboekje ontwikkeld. Dit boekje is voor ouders een ondersteuning in het aanzetten tot en/of voorzetten en vasthouden van hun gedragsverandering t.a.v. een gezonde(re) leefstijl. Het boekje is het innovatieproduct van dit onderzoek. Het onderzoeksdoel deel B is hiermee behaald.

B: Het ontwikkelen van een boekje voor de ouders en in samenwerking met de ouders om hen te ondersteunen in het aanzetten tot en/of voorzetten en vasthouden van hun gedragsverandering t.a.v. een gezonde(re) leefstijl.

6.4. Gezondheidsbeleid

Het onderzoek heeft een (kleine) bijdrage geleverd aan één van de belangrijkste baten van gezondheid, zoals het ministerie van VWS aangeeft op haar website (zie paragraaf 3.7). Ouders hebben hun eigen verantwoordelijkheid erkend en hebben eigenhandig de regie in handen genomen om de gezondheid van zichzelf en hun kind te (gaan) verbeteren door participatie. Het onderzoek is ook passend bij het prestatieveld 1 van de Wmo, waarin nagestreefd wordt burgers elkaar te laten ontmoeten en te activeren.

Daarnaast heeft dit onderzoek een bijdrage geleverd in het betrekken van de Hindostanen in het grootstedelijke vraagstuk van de gemeente Den Haag, namelijk het probleem van overgewicht en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's bij deze etnische bevolkingsgroep.

6.5. Beantwoording onderzoeksvraag

Het onderzoek heeft gedeeltelijk antwoord gegeven op deel A van de onderzoeksvraag: ouders hebben factoren benoemd die in het algemeen een rol spelen bij toename van gewicht bij Hindostaanse kinderen. Het onderzoek heeft geen antwoord gegeven welke factoren juist in de leeftijdsperiode van 5 – 7 jaar bij Hindostaanse kinderen een rol spelen bij toename van gewicht. Ouders hebben als kennis meegekregen dat juist in die leeftijdscategorie er sprake is van een forse toename van gewicht. Deze ouders zijn tijdens het onderzoek bewust geworden van het probleem van overgewicht bij Hindostaanse kinderen in deze leeftijdsfase. Aan het bedenken welke factoren specifiek voor deze leeftijdsfase een rol spelen bij overgewicht zijn ouders niet toe gekomen.

Deel B van de onderzoeksvraag, op welke wijze de ouders in gesprek willen gaan en invulling hebben willen geven aan de bijeenkomsten, is door de ouders beantwoord in de onderwerpen die zij hebben aangedragen te willen bespreken en de wijze waarop de groepsgesprekken hebben plaatsgevonden.

6.6. Bruikbaarheid

In dit onderzoek hebben de deelnemende ouders veel informatie ontvangen tijdens het onderzoeksproces, waaronder mindmaps van de bijeenkomsten, en deze in hun eigen verzamelmap meegekregen aan het einde van bijeenkomst 4. Alle ouders hebben de concrete, bruikbare kennis, verkregen in de groepsgesprekken over aangrijpingspunten om overgewicht te voorkomen bij hun kinderen, direct in hun eigen leefstijl en dat van hun gezin kunnen inzetten. De doelstelling van het onderzoek is hiermee behaald. Tevens hebben ouders een informatieboekje ontvangen, dat gemaakt is naar aanleiding van het onderzoek (zie paragraaf 6.2.8.) om hen verder te ondersteunen in hun gedragsverandering t.a.v. het komen tot een gezonde(re) leefstijl.

De opdrachtgever, GGD Haaglanden in Den Haag, kan van dit onderzoek op de wijze zoals het is uitgevoerd, gebruik maken voor het begeleiden van nieuwe groepen Hindostaanse ouders. Dit onderzoeksverslag is een uitgebreide handleiding voor andere onderzoekers. Tevens kan er gebruik gemaakt worden van de gemaakte toolkit. De uitvoering van het onderzoek, zoals beschreven in het onderzoeksverslag, kan ook als preventieve interventie ingezet worden.

Het onderzoeksconcept, de wijze waarop PAR is ingezet in de groepsgesprekken en – discussies is ook bruikbaar voor onderzoek en interventie bij andere (etnische) bevolkingsgroepen om te praten over het komen tot een gezonde(re) leefstijl. De onderzoeksdoelen van ‘bewustwording’ en ‘kennisvermeerdering’ bij een andere doelgroep in het kader van het komen tot een gezonde(re) leefstijl met de methode PAR is ook toepasbaar in andere onderzoeken.

7. BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

7.1. Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van waarnemingen van het gesprokene zo optimaal mogelijk te laten zijn, heeft de onderzoeker alle groeps gesprekken en –discussies op bandopnamen opgenomen. De bandopnamen zijn letterlijk uitgeschreven. Door gebruik te maken van een coderingstraject volgens het analyseren in kwalitatief onderzoek heeft de onderzoeker de betrouwbaarheid van de data van het onderzoek zo groot mogelijk gemaakt.

Om de waarneming van het gesprokene door de onderzoeker zo betrouwbaar mogelijk te laten wezen in het onderzoek heeft onderzoeker in alle bijeenkomsten continu het gesprokene samengevat. Op deze wijze verifieerde de onderzoeker of de samenvatting in eigen woorden, haar eigen interpretatie (actief luisteren), juist was. Hiermee heeft de onderzoeker getracht de betrouwbaarheid van de samenvattingen van de groeps gesprekken zo optimaal mogelijk te laten zijn. De onderzoeker heeft getracht zo ‘objectief’ mogelijk te werken, waarbij ‘objectief’ staat voor kennis die intersubjectief werd gedeeld (Tromp, 2006).

De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door gebruik te maken van de voor dit onderzoek juist zeer geschikte onderzoeksmethode, participatief actieonderzoek, omdat deze methode zeer geschikt is voor onderzoek betreffende bewustwording van gezondheidsrisico's bij overgewicht en het begrijpen van factoren die daar een oorzakelijke rol in kunnen spelen.

Om de betrouwbaarheid van het gebruik en de uitvoering van PAR zo optimaal mogelijk te laten zijn, heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van de (concept) handleiding ‘Samen in actie met participatief actieonderzoek’ van het VU medisch Centrum, afdeling Metamedica. Door het gebruik van deze handleiding is het praktijkonderzoek zo wetenschappelijk verantwoord mogelijk uitgevoerd.

Het onderzoek is transparant doordat de onderzoeker alle stappen uit de onderzoeksmethode PAR heeft verantwoordt en uitgeschreven. Doordat alle gesprekken zijn opgenomen en deze in zijn geheel zijn uitgeschreven, is er geen informatie verloren gaan. Andere onderzoekers en belangstellenden kunnen hiermee het verloop van het onderzoek nagaan en hun eigen oordeel vellen.

Alle bijeenkomsten hebben plaatsgevonden op de school van de kinderen. Om de locatie te kiezen die voor ouders vertrouwd is, is getracht ouders op hun gemak te stellen en zo de betrouwbaarheid van het onderzoek positief te beïnvloeden.

De evaluatielijst is door de onderzoeker gemaakt. Om te beoordelen of de vragen duidelijk waren, hebben twee personen de vragenlijst vooraf beoordeeld en feedback gegeven op de vragenlijst. Deze feedback is meegenomen en verwerkt in de vragenlijst. Op deze wijze heeft de onderzoeker getracht een zo'n goed mogelijke gestructureerde vragenlijst te hebben ontwikkeld.

Negen van de tien deelnemende ouders heeft de evaluatielijst ingevuld aan het einde van bijeenkomst vier. Eén ouder heeft de evaluatielijst later thuis ingevuld. De omstandigheden waren niet voor alle ouders gelijk voor het invullen van de vragenlijst. Mogelijk was de gemoedstoestand van de ouders ten tijde van het invullen niet gelijk. In beide gevallen is sprake van toevalsbronnen.

Door voor alle bijeenkomsten dezelfde gespreksleider en dezelfde observant in te zetten, is getracht de betrouwbaarheid te vergroten. Zowel de gespreksleider als de observant waren vrouwen. Het is mogelijk dat de deelnemende ouders anders gereageerd zouden hebben in de groepsdiscussies als de onderzoeker en/of observant van het mannelijke geslacht was geweest. In beide gevallen is sprake van toevalsbronnen.

De onderzoeker heeft getracht alle deelnemers een gelijkwaardig te behandelen om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te laten zijn. Tevens heeft de onderzoeker zich goed voorbereid met betrekking tot de gezondheidsproblematiek en de cultuur van de Hindostaanse gemeenschap. Tijdens de bijeenkomsten heeft de onderzoeker zich actief en maximaal ingezet om de gewenste empowering van de ouders te versterken. Op deze wijze heeft de onderzoeker getracht de betrouwbaarheid van dit kwalitatieve onderzoek zo optimaal mogelijk te laten zijn.

Na elke bijeenkomst heeft de onderzoeker de bijeenkomst doorgesproken met de observant. Aan de hand van de observatielijst en de aantekeningen van de observant heeft de onderzoeker daar waar nodig haar handelen aangepast voor de volgende bijeenkomst om de betrouwbaarheid zo optimaal mogelijk te laten zijn.

7.2. Validiteit

Bij de werving van ouders voor het onderzoek hebben ouders die positief stonden t.a.v. het onderzoek gereageerd om mee te doen. Ouders die niet wilde meewerken aan het onderzoek hebben niet gereageerd. Dit kan gezien worden als een bedreiging van de interne validiteit.

Doordat de onderzoeker zeer dicht bij de realiteit van de doelgroep stond en zoveel mogelijk rekening heeft gehouden met hun behoeften, is getracht de validiteit van het onderzoek zo optimaal mogelijk te laten zijn. Er was sprake van procesvaliditeit doordat de onderzoeker en de doelgroep in een cyclisch proces continu van elkaar leerden in het zoeken naar oplossingen.

In het onderzoek was er sprake van ‘wederkerige adequaatheid’ (Tromp, 2006) omdat er sprake was van een gelijkwaardige relatie tussen onderzoeker en de doelgroep, een onderling vertrouwen en een open communicatie en/of dialoog tussen onderzoeker en de doelgroep. De wederkerige vertrouwensrelatie werd bevorderd door een open houding en controleerbaarheid binnen het onderzoek. De wederkerige vertrouwensrelatie bevordert op haar beurt weer de openheid en verdere explicitering.

Omdat er in dit onderzoek gewerkt is vanuit het principe van ‘wederkerige adequaatheid’ is er een proces van (zelf)reflectie tot stand gekomen bij de onderzoeker en de doelgroep. De onderzoeker en de doelgroep hebben steeds nagedacht over hun eigen handelen. Dit leverde kennis op over het handelen. Deze kennis is weer de aanleiding geweest om het handelen aan te passen. De wederkerigheid vergrootte op deze wijze de adequaatheid van kennis. Als een alternatieve invulling voor de conventionele betrouwbaarheids- en (interne) validiteitscriteria kan het methodologische principe van ‘wederkerige adequaatheid’ gezien worden (Tromp, 2006).

In dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek werd uitgegaan van een subject-subject model. De onderzoeker en de doelgroep gingen samen het onderzoekstraject aan (Migchelbrink, 2010).

De gekozen methode van dataverzameling, het participatief actieonderzoek, is een valide, geaccepteerde onderzoeksmethode in wetenschappelijk onderzoek. Het gebruik van deze methode heeft de juiste informatie verschaft over het onderwerp van overgewicht bij Hindostaanse kinderen waarin de onderzoeker geïnteresseerd was. De onderzoeksstrategie van dit onderzoek is valide omdat de gekozen onderzoeksopzet en de toegepaste methoden en technieken pasten bij de onderzoeksvraag en de deelvragen.

Na het trekken van de eerste conclusies en aanbevelingen is in de validatiefase van het onderzoek een extra bijeenkomst georganiseerd voor de doelgroep. In deze bijeenkomst zijn de eerste conclusies en aanbevelingen met hen besproken. De doelgroep heeft zo de mogelijkheid gekregen te reageren en konden de voorlopige conclusies aanpast worden. Op deze wijze zijn de onderzoeksuitkomsten volgens participatief actieonderzoek gevalideerd.

Het onderzoek is reconstrueerbaar doordat het onderzoek transparant is en de onderzoeker in het onderzoeksverslag heeft aangegeven welke argumentatie is gehanteerd voor het kiezen van de onderzoeksmethode en welke redenen er ten grondslag lagen aan gemaakte keuzes in het onderzoek.

Aangezien de onderzoekspopulatie, de doelgroep, van dit onderzoek klein was, is de externe validiteit of generalisatie van dit onderzoek laag. Het onderzoek moet gezien worden als een pilotonderzoek. Er zullen meerdere bijeenkomsten met andere groepen ouders met kinderen van Hindostaanse afkomst in de leeftijd van 4 – 5 jaar georganiseerd moeten worden en onderzocht moeten worden met de onderzoeksmethode PAR. De conclusies van deze onderzoeken samen met de conclusies van dit onderzoek zullen tot meer gegeneraliseerde conclusies moeten leiden. Op deze wijze zal de reikwijdte van de conclusies vergroot worden en ook de externe validiteit.

8. DISCUSSIE, VOORUITKIJKEN EN TERUGBLIKKEN

8.1. Discussie

Het gebruik van PAR voor de uitvoering van dit onderzoek is een goede keuze geweest. Bij de methode PAR wordt ervan uitgegaan dat de doelgroep van het onderzoek zelf een probleem heeft aangedragen voor onderzoek. In dit onderzoek heeft de onderzoeker namens GGD Haaglanden aan de ouders het probleem waar GGD Haaglanden tegenaan loopt, voorgelegd. In de praktijk blijkt dat bij veel onderzoeken met de methode PAR de start niet voor de volle 100% door de doelgroep zelf bepaald wordt. In dit onderzoek heeft de onderzoeker vanaf het begin van bijeenkomst één de ouders gevolgd en in die zin de cyclus volgens PAR volledig en nauwkeurig gevolgd.

Het onderzoek is een succes geworden. De onderzoeker is vooraf ervan uitgegaan dat het komen tot een aanzet van gedragsverandering meer tijd en meer bijeenkomsten zou vergen dan de vier geplande bijeenkomsten van dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek is er al een begin van gedragsverandering tot stand gekomen. Echter de onderzoeker realiseert zich goed dat deze onderzoekspopulatie een redelijk gemotiveerde groep ouders was. In een volgende sessie van bijeenkomsten met een andere groep ouders zou het resultaat minder goed kunnen zijn.

Voor de uitvoering van een onderzoek als dit onderzoek is de rol van de onderzoeker van cruciaal belang voor de resultaten en voor het succes van het onderzoek. Het zeer belangrijk dat de onderzoeker uitgebreid vooronderzoek verricht en zich van te voren goed verdiept in de Hindostaanse cultuur en de waarden en normen en de gewoonten van deze bevolkingsgroep leert kennen. Daarnaast is het zeer belangrijk dat de onderzoeker de competenties heeft een groeps gesprek te leiden, zich als professional in te zetten tijdens de groeps gesprekken en tegelijkertijd een gelijkwaardige houding aan te nemen naar de doelgroep toe. De rol van de onderzoeker lijkt eenvoudig, maar is dat allerm minst. Er worden hoge eisen gesteld aan de competenties van de onderzoeker. De onderzoeker in dit onderzoek heeft aan deze voorwaarden voldaan. De uitkomsten van dit onderzoek hadden anders kunnen zijn als een andere onderzoeker dit onderzoek had uitgevoerd. Als succesfactor kan gezien worden dat dit onderzoek al een aanzet heeft gegeven tot gedragsverandering t.a.v. gezonde leefstijl bij de doelgroep. Vanuit GGD Haaglanden hoopte men dit te bereiken op langere termijn.

8.2. Vooruitkijken

De onderzoeker beseft dat de doelgroep zich tegenover haar op een bepaalde manier heeft gedragen, mogelijk als gevolg van haar achtergrond, haar verschijning en haar blik van het kijken naar het praktijkprobleem. Dit roept direct de vraag op dat als er vervolgonderzoek zal gaan plaatsvinden met deze doelgroep, wie deze doelgroep zal moeten gaan leiden in deze nieuwe vervolgbijeenkomsten. Het zou wenselijk zijn dezelfde onderzoeker voor het vervolgonderzoek in te zetten om de betrouwbaarheid en validiteit van het vervolgonderzoek te vergroten.

Het onderzoek is succesvol geweest. Echter hoe moet nu dit succes vastgehouden worden. Een groot aantal ouders van de doelgroep geeft heel duidelijk aan dat zij bang zijn terug te vallen in hun oude gewoontes. Zij zijn nu wel bewust geworden van hun eigen leefstijlsituatie en willen ook wel een gezonde(re) leefstijl gaan navolgen, maar zij realiseren zich dat dit heel erg moeilijk zal zijn. De ouders zijn bang dat zij hun gedragsverandering die is ingezet, de aanzet van het komen tot een gezonde(re) leefstijl, niet kunnen volhouden zonder verdere hulp en ondersteuning. Daarnaast hebben negen van de tien deelnemende ouders van dit onderzoek aangegeven als 'ambassadeur' te willen gaan optreden door andere ouders te motiveren om ook aan de slag te gaan met een gezonde leefstijl. In dit 'ambassadeurschap' vragen zij wel om verdere begeleiding.

Dit onderzoek kan gezien worden als het (kleine) begin van een 'sneeuwbal effect': een proces waarbij steeds meer ouders andere ouders gaan motiveren en steunen in het proces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl. Dit 'sneeuwbal effect' past zeer goed in het beleid van de gemeente Den Haag als ook het landelijk beleid t.a.v. preventief beleid in de gezondheidszorg om gezondheidsproblemen en risico's te verminderen en/of te voorkomen. Echter zonder verdere coaching en begeleiding van dit proces is de kans zeer groot dat het proces stagneert en dat de resultaten weer verdwijnen. Het zou zeer te betreuren zijn het succes van dit onderzoek te laten wegvloeien. Het is aan GGD Haaglanden (de gemeente Den Haag) om verder acties te ondernemen

en de ouders nu niet in de steek te laten en los te laten in hun proces van gedragsverandering.

Indien vervolgbijeenkomsten georganiseerd gaan worden, dan zou het wenselijk zijn een vervolgonderzoek te koppelen aan deze vervolgbijeenkomsten. Vervolgbijeenkomsten kunnen resultaten opleveren hoe verdere gedragsveranderingen in het komen tot een gezonde(re) leefstijl tot stand gebracht kunnen worden. Echter de allerbelangrijkste vraag is nu: *Hoe kan de gedragsverandering blijvend gemaakt worden bij deze doelgroep?* Want blijvende gedragsverandering vergroot de kans op minder gezondheidsproblemen en daarmee samenhangend minder kosten in de gezondheidszorg.

Het gebruik van de methode PAR is zeer toepasbaar gebleken om met ouders te praten over gezonde leefstijl en hen te laten participeren in het cyclisch proces van het komen tot acties. Zoals in paragraaf 6.6 is aangegeven kan deze methode ook goed gebruikt en ingezet gaan worden voor bijeenkomsten van andere (etnische) bevolkingsgroepen in het praten over een gezonde(re) leefstijl. Het verdient aanbeveling naar aanleiding van dit onderzoek ook te gaan starten met bijeenkomsten met nieuwe bevolkingsgroepen, waarvan in de literatuur bekend is dat overgewicht en ongezonde leefstijl voor gezondheidsproblemen zorgen. In dit kader kan gedacht worden bijeenkomsten te gaan organiseren voor ouders met kinderen van Turkse afkomst.

Ouders hebben aangegeven meer te willen gaan samenwerken met school betreffende acties rondom gezondheidsbevordering. Het is de schoolleiding aan te bevelen met de ouders in gesprek te gaan en te bekijken hoe gezamenlijk het resultaat van het komen tot een gezonde(re) leefstijl voor ouder én kind vergroot kan worden. Ouders hebben ideeën geopperd in de bijeenkomsten waarvan het wenselijk is dat de schoolleiding hiervan op de hoogte wordt gebracht. Vanuit het onderzoek is het ook wenselijk alle acties die bijdragen aan het (verder) bevorderen van een gezonde leefstijl voor ouder én kind te stimuleren en te promoten.

8.3. Terugkijken

Als onderzoeker terugkijkend op het onderzoeksproces, ben ik zeer tevreden over het verloop van het onderzoek. Aan de ene kant heeft het uitvoeren van dit onderzoek mij veel tijd en energie gekost, meer dan ik aan het begin van het onderzoekstraject had verwacht. Aan de andere kant heeft de samenwerking met mijn afstudeerbegeleiders en de samenwerking met de ouders en de school mij ook veel positieve energie gegeven en heb ik veel ervaring opgedaan in het doen van kwalitatief onderzoek en het werken met groepen ouders. Mijn eigen gereedschapskist met al mijn opgedane kennis, ervaring en competenties is verrijkt door het doen van dit onderzoek.

Ik heb de juiste beslissing genomen om voor het vooronderzoek ruim tijd uit te trekken. Het is van zeer veel waarde gebleken dat ik mij als onderzoeker uitgebreid in de Hindostaanse cultuur en normen en waarden heb verdiept en in gesprek ben gegaan met vele Hindostaanse mensen. Ook het uitgebreid verdiepen in de methode PAR door het volgen van een symposium en het spreken van meerdere ervaringsdeskundigen op het gebied van PAR, is van zeer veel waarde gebleken voor het uiteindelijke succes van dit onderzoek. Het heeft bij mij tot veel kennisvermeerdering geleid.

Het goed verdiepen in communicatievaardigheden en gesprekstechnieken en het vooraf hiermee oefenen en ervaring in opdoen, heb ik ervaren als een 'must' om een dergelijk onderzoek goed uit te voeren en succesvol te laten zijn. Het geeft je veel zelfvertrouwen en rust en dat bemerken ook de deelnemende ouders. Ondanks dat het leiden van de groepsgesprekken in je hoofd heel hard werken is, was het een 'feestje' om de bijeenkomsten te leiden.

Op de hoeveelheid werk van letterlijk uittypen van de bijeenkomsten, heb ik mij behoorlijk verkeken. Door het regelmatig te moeten terugspoelen om goed te horen wat er nu precies gezegd werd in de groepsdiscussies, heeft het uittypen mij wel ruim 4x zoveel tijd gekost dan ik ingeschat had. Het letterlijk uittypen van de groepsgesprekken is wel heel waardevol geweest voor de analyses en de conclusies van het onderzoek. Ik heb de juiste beslissing genomen deze gesprekken toch in zijn geheel en letterlijk uit te typen.

Het aantal bijeenkomsten van vier in een periode van zes weken is een goede keus geweest. Doordat de voorjaarsvakantie in Den Haag op een ander tijdstip viel dan de basisscholen in Rotterdam, is er éénmaal een periode van 3 weken tussen 2 bijeenkomsten geweest en éénmaal een periode van één week. Voor zowel ouders, maar vooral voor de onderzoeker is één week tussen 2 bijeenkomsten te kort. Om goed feedback aan de groep ouders te kunnen geven, was het zeer wenselijk de voorafgaande bijeenkomst in zijn geheel uitgetypt te hebben, om de analyse aan de

ouders te kunnen terugkoppelen en zo verder te kunnen gaan met de cyclus van PAR. Eén week tussen twee bijeenkomsten is voor de onderzoeker dan veel te kort. Daarnaast is het voor de ouders ook een te korte periode, aangezien zij de tijd moeten krijgen de opgedane kennis in praktijk te brengen en de tijd moeten krijgen voor de bewustwording. Een periode van drie weken is weer te lang, aangezien het gesprokene bij de deelnemende ouders weer voor een groot gedeelte is weggezakt. Een periode van twee weken is een dan ook naar mijn oordeel een goed tijdsinterval.

Het aantal van vier bijeenkomsten is voor deze groep deelnemende ouders voldoende geweest. Echter indien het proces van bewustwording en kennisvermeerdering niet zo goed verlopen zou zijn als in dit onderzoek, is het aantal van vier bijeenkomsten waarschijnlijk te weinig. Het plannen van vijf bijeenkomsten en een zesde bijeenkomst voor het bespreken van de conclusies is aan te bevelen.

Van de toolkit die door de onderzoeker is gemaakt, zijn niet alle instrumenten en/of oefeningen gebruikt. Aangezien de deelnemende ouders de agenda bepaalden van een bijeenkomst en de gespreksleider de ouders volgde, was dit te verwachten. Het maken van de instrumenten voor de toolkit heeft mij meer kennis opgeleverd rondom de onderwerpen overgewicht, voeding, opvoeding en bewegen.

Het maken van een boekje voor ouders, het innovatieproduct van het onderzoek, was een grote uitdaging. Door samen te werken met een student bouwkunde van de TU Delft was ik in de gelegenheid het programma Adobe InDesign te leren kennen. Met behulp van dit programma en ondersteuning door deze student was ik in staat een heel mooi en professioneel boekje te maken. Het maken van het boekje heeft mij kennis en ervaring opgeleverd hoe de inhoud te bepalen van dergelijke boekjes. Ik vind dat het boekje een mooi beroepsproduct is geworden. Het boekje kan goed gebruikt worden door de deelnemende ouders ter verdere ondersteuning van hun ingezette leefstijlverandering. GGD Haaglanden zou het informatieboekje, met enige aanpassingen, kunnen gaan gebruiken als algemeen informatieboekje t.a.v. ondersteuning in leefstijlverandering.

De aanwezigheid van een observant is sterk aan te raden, zeker als het voor de onderzoeker de eerste keer is dat hij of zij op deze beschreven wijze te werk gaat. Indien nodig kan de observant ondersteuning bieden aan het leiding geven van de groepsgesprekken. Hierbij is aan te bevelen dat de observant ervaring heeft met de methode PAR. In dit onderzoek vond in de pauze tussen de onderzoeker en observant kort overleg plaats hoe de bijeenkomst tot dan toe verlopen was. Op het einde van de bijeenkomst gaf de observant zeer waardevolle feedback die weer in een volgende bijeenkomst gebruikt en/of toegepast werd. De samenwerking met de observant was in dit onderzoek bijzonder goed en de taakverdeling was helder.

Het is voor mij persoonlijk een enorme uitdaging geweest groepsgesprekken te gaan leiden zonder dat ik deze van te voren tot in de puntjes kon voorbereiden. Ik heb geleerd om te kunnen vertrouwen op mijn vele competenties en communicatievaardigheden en ik heb ook geleerd bewust te zijn hierop te kunnen vertrouwen. Door dit onderzoek realiseer ik mij dat ik veel creatiever ben in het bedenken van oplossingen en veel meer out-of-the box kan denken, dan ik mij bewust was.

Tot slot wil ik dit onderzoeksverslag afsluiten met een uitspraak van Albert Einstein ³ die naar mijn mening van toepassing is op elk individu dat probeert zijn gedrag te veranderen om te komen tot een gezonde(re) leefstijl:

‘Te midden van de moeilijkheid ligt de mogelijkheid’

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
juni 2014

³ Duits - Amerikaans natuurkundige (1879-1955)

BIBLIOGRAFIE (APA Sixth Edition)

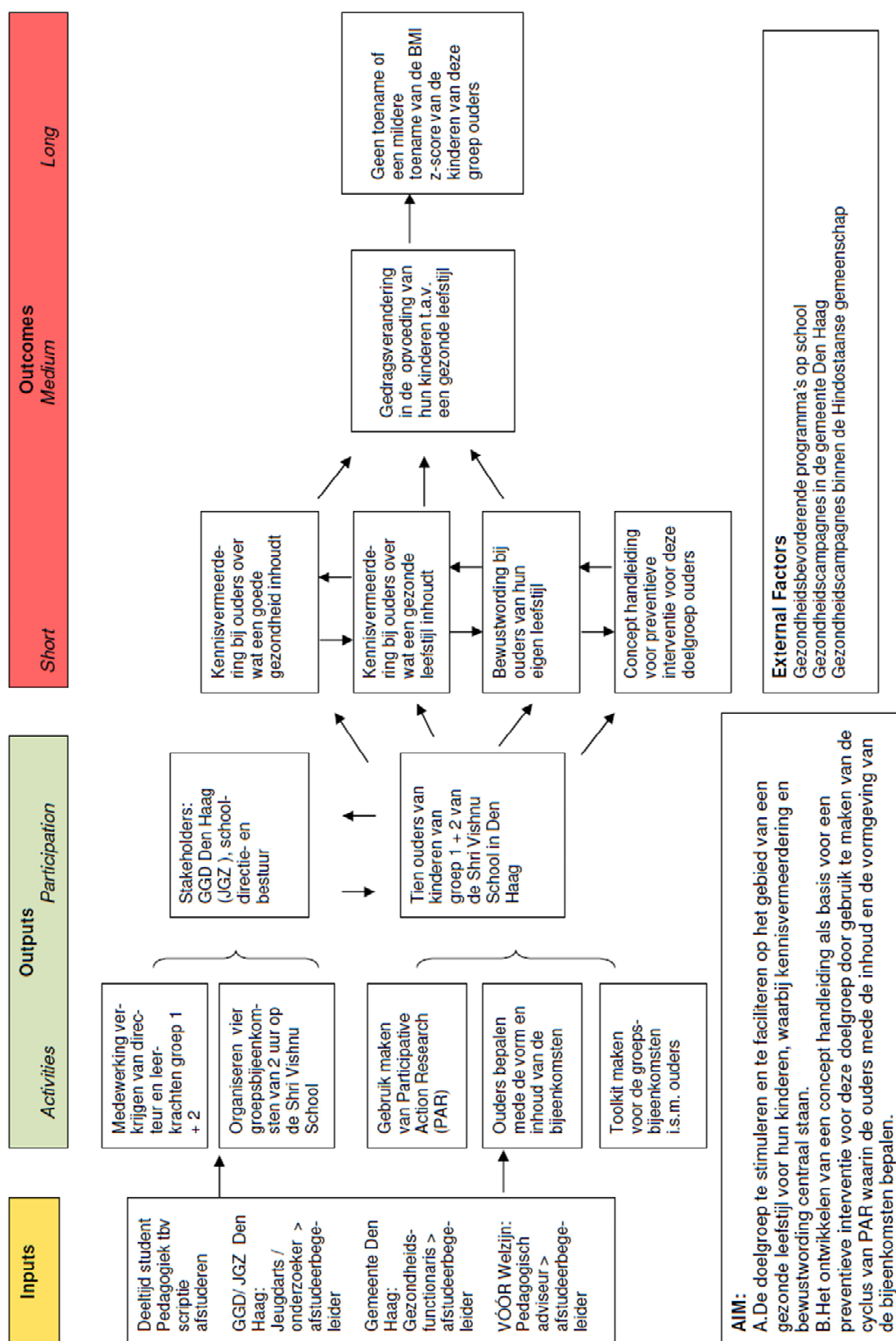
- Backhaus, J., Breukers, S., Mont, O., Paukovic, M., & Mourik, R. (2012). *Sustainable lifestyles: today's facts & tomorrow's trends*. Wuppertal, Germany: SPREAD Sustainable Lifestyles 2050.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 854-857.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bouman, M. (2010, december). *De Hindostaanse gemeenschap in Nederland: wordt het niet eens tijd om te praten?* Opgehaald van [www.acbkenniscentrum.nl](http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/41/download1/2010-12-21%20De%20Hindostaanse%20gemeenschap%20in%20Nederland%20dec%202010.pdf):
<http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/41/download1/2010-12-21%20De%20Hindostaanse%20gemeenschap%20in%20Nederland%20dec%202010.pdf>
- Choenni, C., & Harmsen, C. (2007, Eerste kwartaal). *Geboorteplaats en etnische samenstelling van Surinamers in Nederland*. Opgehaald van www.cbs.nl:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/B423BB56-A099-4272-86B0-2BB2021E7468/0/2007k1b15p74art.pdf>
- Choenni, C. (2011). *Integration Hindustani Style? On the Migration, History and Diaspora of Hindustanis*. Opgehaald van www.indiawijzer.nl:
http://www.indiawijzer.nl/indian_diaspora/surinami_diaspora_nl/Chan%20Choennie_SLLR-Choenni-IHSEnglish-final.pdf
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is Participatory Research? *Journal of Social Science & Medicine*, 1667-1676.
- Dalen, L. (2013). Het laat hem niet meer los! *Epidemiologisch bulletin*, Jaargang 48, nummer 3. Opgehaald van www.awpgnzh.nl.
- Fischbacher, C., Hunt, S., & Alexander, L. (2004). How physically active are South Asians in the United Kingdom? A literature review. *Journal of Public Health*, pp. 250-258.
- Gemeente Den Haag. (2011). *De Haagse Participatiemaatschappij Uitvoeringsprogramma Welzijn 2011-2014*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag. (2012, oktober 30). www.denhaag.nl. Opgeroepen op oktober 7, 2013, van Haagse Aanpak Gezond Gewicht: <http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Haagse-Aanpak-Gezond-Gewicht-1.htm>
- Gemeente Den Haag. (2013, april). www.gezondisvet.nl. Opgeroepen op oktober 7, 2013, van Rabin Baldewsingh over de campagne 'Gezond is Vet!': <http://www.gezondisvet.nl/gezond-is-vet/to/Rabin-Baldewsingh-over-de-campagne-Gezond-is-Vet.htm?channel=desktop>
- Gemeente Den Haag. (2014). *Gezondheidsmonitor*. Den Haag: Uitgave van gemeente Den Haag Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering.
- Haan, M., Winter, M., Koeman, M., Hofland, A., & Verseveld, M. (2013). *Opvoeden als netwerken in de multi-etnische wijk*. Opgehaald van cloud.presspage.com:
<http://cloud.presspage.com/files/169/opvoedenalsnetwerkenindemulti-etnischewijk.pdf>
- Hermanns, J. W. (2007). *Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid*. Opgehaald van dare.uva.nl: <http://dare.uva.nl/document/167396>
- Horst, K., ChinAPaw, M., Twisk, J., & Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1241-1250.
- Jap-A-Joe, S. (1994). *Opvoeden in Hindostaanse gezinnen: een terreinverkenning*. Amsterdam: Stichting Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch.
- Kenniscentrum ACB. (2011, april 5). *Factsheet Hindostanen in Nederland 2011*. Opgehaald van [www.acbkenniscentrum.nl](http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/50/download1/2011-04-05%20Factsheet%20Hindostanen%20in%20Nederland.pdf):
<http://www.acbkenniscentrum.nl/public/Publicatie/50/download1/2011-04-05%20Factsheet%20Hindostanen%20in%20Nederland.pdf>
- Kennislink. (2012, juni 1). *Nederlandse Norm Gezond Bewegen*. Opgehaald van [www.kennislink.nl](http://www.kennislink.nl/publicaties/nederlandse-norm-gezond-bewegen):
<http://www.kennislink.nl/publicaties/nederlandse-norm-gezond-bewegen>
- Khan, S. (2011). *Voeding & Gezondheid bij Hindostanen*. Maarssen: U-Identity.
- Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., & Hollowell, N. (2006). 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2

- diabetes. *Health Education Research*, 43-54.
- Lucht, F., & Polder, J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Opgehaald van [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061005.pdf): <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061005.pdf>
- Luijben, A., & Kommer, G. (2010). *Tijd en toekomst. Van Gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Middelkoop, B. (2002). Diabetes mellitus type 2 onder Hindostanen. *Huisarts en Wetenschap*, 45:243-248.
- Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Minkler, M. (2000). Using participatory Action Research to Build Healthy Communities. *Public Health Reports*, volume 115, pagina's 191-197.
- Mungra, G. (1990). *Hindoestaanse gezinnen in Nederland*. Leiden: Centrum voor Onderzoek van Maatschappelijke Tegenstellingen.
- Nederlandse Publieke Omroep. (2013). *Van Indiase immigrant tot Hollandse Hindoe*. Opgehaald van www.ohmnet.nl: <http://www.ohmnet.nl/artikelen/van-indiase-immigrant-tot-hollandse-hindoe/>
- Nicolaou, M., Nierkens, V., & Middelkoop, B. (2013). Culturele diversiteit in voeding en overgewicht. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 157:A5807 1-6.
- Øen, G., & Stormark, K. M. (2013). Participatory Action Research in the Implementing Process of Evidence-Based Intervention to Prevent Childhood Obesity: Project Design of the "Healthy Future" Study. *Journal of Obesity*, 1-10.
- Pallan, M., Parry, J., & Adab, P. (2012). Contextual influences on the development of obesity in children: A case study of UK South Asian communities. *Preventive Medicine*, 54: 205-211.
- Reinehr, T. (2013). Lifestyle intervention in childhood obesity: changes and challenges. *Nature Reviews Endocrinology*, 607-614.
- Reinehr, T. (2011). Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 494-505.
- Ricke, E., & Middelkoop, B. (2012). *Needs Assessment, Gezondheidsdeterminanten Hindostanen*. Den Haag: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.
- RIVM. (2014, april 15). *Beweegnormen: lichamelijke activiteit en (sedentair) gedrag*. Opgehaald van [Loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl) : <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/sport-en-bewegen/cijfers-en-feiten/beweegnormen/>
- RIVM. (2014, april 14). *Waarom aandacht voor voeding?* Opgehaald van [gezondeschool.nl](http://www.gezondeschool.nl): <http://www.gezondeschool.nl/po/waarom-een-gezonde-school/gezondheidsthema-s/voeding/>
- RIVM. (2014, maart 20). *Wat zijn de gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit?* Opgehaald van [Nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl): <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-lichamelijke-activiteit/>
- RIVM. (2013). *Preventie in de zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Santen, M. v. (2014, januari 15). *Waarom een gezonde leefstijl moeite kost*. Opgehaald van [gezondheidsnet.nl](http://www.gezondheidsnet.nl): <http://www.gezondheidsnet.nl/verbeter-je-leefstijl/waarom-een-gezonde-leefstijl-moeite-kost>
- Stegeman, H. (2007, maart). *Effecten van sport en bewegen op school*. Opgehaald van www.leidraad.nisb.nl: http://leidraad.nisb.nl/documenten/effect_20van_20sport_20en_20bewegen_20op_20school.pdf
- Szajewska, H., & Ruszczy, M. (2010). Systematic Review Demonstrating that Breakfast Consumption Influences Body Weight Outcomes in Children and Adolescents in Europe. *Food Science and Nutrition*, 113-119.
- Tromp, C. (2006). *Action Research als relevante vorm van interventieonderzoek*. Opgehaald van www.journalsi.org: www.journalsi.org/index.php/si/article/viewFile/29/27
- VU Medisch Centrum. (2013). *Concept Handleiding Samen in actie met participatief actieonderzoek*. Amsterdam: VUMedischCentrum.
- VWS, M. v. (2014). *De rol van de burger*. Opgehaald van volksgezondheidtoekomstverkenning.nl.

- VWS., M. v. (2014). *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Opgehaald van [volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl):
http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/Gezondheid_en_maatschappelijke_participatie
- Wang, Y., & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 11-25.
- WHO. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 157-163.
- Wieringen, J. (2009). *RIMV rapport: Standpunt Beweegstimulering door de jeugdgezondheidszorg*. Opgehaald van www.jgz.captise.nl:
<http://jgz.captise.nl.ezproxy.hro.nl/Portals/0/PDF/090528%20bewegingsstimulering%20rapport.pdf>
- Wilde, J. d. (2012, maart 19). *Het Ganesh project*. Opgehaald van www.awpgnzh.nl:
<http://www.awpgnzh.nl/index.php?s=189&c=51>
- Wilde, J. d., Dommelen, P. v., & Middelkoop, B. (2013). Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindostaanse kinderen. *Epidemiologisch bulletin*, 2-13.
- Wilde, J. d., Zandbergen-Harlaar, S., Buuren van, S., & Middelkoop, B. (2012). Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: Een historische cohortstudie. *Epidemiologisch Bulletin*, 2-9.
- Wilde, J. d., & Rieke, E. (2014, maart 8). Hindostaans Gezondheidscongres. *Wat is een gezond gewicht voor Hindostanen in Nederland?* Den Haag.
- Wolffers, I., Zendedel, R., Jaspers, D., & Ham, L. v. (2012, december). *Dadels en McDonalds. Moeders op Islamitische basisscholen over (on)gezond eten en bewegen*. Opgehaald van [convenantgezondgewicht.nl](http://www.convenantgezondgewicht.nl):
<http://www.convenantgezondgewicht.nl/download/174/dadelsmcdonalds.pdf>

Logic Model

Name : Nelleke Jansen – van Wijngaarden
 Situation : Onderzoek afstuderen Pedagogiek Hogeschool Rotterdam



bijlage 2 : Uitnodigingsbrief ouders groep 1 en 2



Hoe blijft mijn kind gezond?

Suikerziekte en hart- en vaatziekten komen veel voor bij Hindostaanse volwassenen. De basis voor deze ziekten wordt al op jonge leeftijd gelegd.

De meeste Hindostaanse kinderen van 4 - 5 jaar hebben nog een gezond gewicht. Maar uit onderzoek van de GGD blijkt dat tussen de leeftijd van 5 en 7 jaar veel Hindostaanse kinderen fors in gewicht toenemen. Als kinderen te veel in gewicht toenemen, neemt de kans op suikerziekte en hart- en vaatziekten juist toe.

De GGD/Jeugdgezondheidszorg wil samen met u als ouder-deskundige over dit onderwerp in gesprek gaan. Wij willen samen met u ontdekken welke factoren een rol spelen bij de toename van het gewicht en oplossingen bedenken om te zorgen dat uw kind gezond blijft. Ook zal ingegaan worden op wat een gezond gewicht voor een Hindostaans kind en volwassene is, en hoe het komt dat Hindostanen zo veel vaker suikerziekte krijgen.

Met een groep van tien ouders wil de GGD in vier bijeenkomsten over dit onderwerp in gesprek gaan. Als u mee wilt doen, hopen wij ook dat u op alle vier de bijeenkomsten aanwezig zult zijn. Voor uw deelname ontvangt u na afloop enkele VVV-cadeaubonnen.

De bijeenkomsten zullen gehouden worden op 4 woensdagochtenden in 2014.

De data zijn:

12 februari

5 maart

12 maart

26 maart

De locatie voor de bijeenkomsten is de Shri Vishnu School.

U bent van harte uitgenodigd aan deze bijeenkomsten deel te nemen. Voor vragen kunt u zich wenden tot Nelleke Jansen – van Wijngaarden (GGD/Jeugdgezondheidszorg).

E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

U kunt zich aanmelden via het bijgevoegde aanmeldingsformulier.

Aanmeldingsformulier uiterlijk donderdag 19 december inleveren op school bij de leerkracht van uw kind.



Aanmeldingsformulier

Aanmeldingsformulier voor de ouderbijeenkomsten over het onderwerp
Hoe blijft mijn kind gezond?

Vier bijeenkomsten op woensdagochtenden in 2014

Data : 12 februari
: 5 maart
: 12 maart
: 26 maart

Locatie : Shri Vishu School
Tijd : 09.00 – 11.15 uur

Naam ouder :

Naam kind :

Groep kind :

Hartelijk dank voor uw aanmelding.



Hoe blijft mijn kind gezond?

Herinnering

In december heeft u een uitnodiging ontvangen voor vier bijeenkomsten over het onderwerp ***“Hoe blijft mijn kind gezond?”***.

De uitnodiging vindt u aan de achterzijde van deze brief.

Voor de vier bijeenkomsten zijn nog een enkele plaatsen beschikbaar.

Uw mening en uw ideeën over dit onderwerp stellen wij zeer op prijs. Wij hopen van harte dat u zich nog aanmeldt voor de bijeenkomsten.

U kunt zich nog voor deze vier op elkaar aansluitende bijeenkomsten opgeven bij de leerkracht van uw kind.

Aanmeldingsformulier uiterlijk maandag 13 januari 2014 inleveren op school bij de leerkracht van uw kind.

De locatie voor de bijeenkomsten is de Shri Vishnu School.

De bijeenkomsten zullen gehouden worden op 4 woensdagochtenden in 2014.

De data zijn:

12 februari

5 maart

12 maart

26 maart

Voor vragen kunt u zich wenden tot Nelleke Jansen – van Wijngaarden (GGD/Jeugdgezondheidszorg).

E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl



Hoe blijft mijn kind gezond?

Suikerziekte en hart- en vaatziekten komen veel voor bij Hindostaanse volwassenen. De basis voor deze ziekten wordt al op jonge leeftijd gelegd.

De meeste Hindostaanse kinderen van 4 - 5 jaar hebben nog een gezond gewicht. Maar uit onderzoek van de GGD blijkt dat tussen de leeftijd van 5 en 7 jaar veel Hindostaanse kinderen fors in gewicht toenemen. Als kinderen te veel in gewicht toenemen, neemt de kans op suikerziekte en hart- en vaatziekten juist toe.

De GGD/Jeugdgezondheidszorg wil samen met u als ouder-deskundige over dit onderwerp in gesprek gaan. Wij willen samen met u ontdekken welke factoren een rol spelen bij de toename van het gewicht en oplossingen bedenken om te zorgen dat uw kind gezond blijft. Ook zal ingegaan worden op wat een gezond gewicht voor een Hindostaans kind en volwassene is, en hoe het komt dat Hindostanen zo veel vaker suikerziekte krijgen.

Met een groep van tien ouders wil de GGD in vier bijeenkomsten over dit onderwerp in gesprek gaan. Als u mee wilt doen, hopen wij ook dat u op alle vier de bijeenkomsten aanwezig zult zijn. Voor uw deelname ontvangt u na afloop enkele VVV-cadeaubonnen.

De bijeenkomsten zullen gehouden worden op 4 woensdagochtenden in 2014.

De data zijn:

12 februari

5 maart

12 maart

26 maart

De locatie voor de bijeenkomsten is de Shri Vishnu School.

U bent van harte uitgenodigd aan deze bijeenkomsten deel te nemen. Voor vragen kunt u zich wenden tot Nelleke Jansen – van Wijngaarden (GGD/Jeugdgezondheidszorg).

E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

U kunt zich aanmelden via het bijgevoegde aanmeldingsformulier.



Aanmeldingsformulier

Aanmeldingsformulier voor de ouderbijeenkomsten over het onderwerp
Hoe blijft mijn kind gezond?

Vier bijeenkomsten op woensdagochtenden in 2014

Data : 12 februari
: 5 maart
: 12 maart
: 26 maart

Locatie : Shri Vishu School
Tijd : 09.00 – 11.15 uur

Naam ouder :

Naam kind :

Groep kind :

Hartelijk dank voor uw aanmelding.

bijlage 4 : Brief ouder over afzegging bijeenkomst 1



Beste ouder vanuit groep

U heeft zich aangemeld voor de vier bijeenkomsten om te praten over het thema
“Hoe blijft mijn kind gezond”.

Voor de eerste bijeenkomst van afgelopen woensdag 12 februari heeft u zich afgemeld. Dank voor het doorgeven van uw afzegging.

Voor het bijwonen van de tweede bijeenkomst is het voor u geen probleem dat u de eerste bijeenkomst gemist heeft.

In de eerste bijeenkomst is over de onderwerpen ‘Gezondheid’ en ‘Gezonde leefstijl’ gesproken. Aan het begin van de tweede bijeenkomst op woensdag 5 maart wordt de eerste bijeenkomst samengevat.

In de tweede bijeenkomst komen de onderwerpen ‘Gewicht’ en ‘Voeding’ aan de orde. Wij gaan tijdens deze bijeenkomst actief aan de slag met het berekenen van de BMI (Body Mass Index).

Graag hoop ik u te mogen begroeten op woensdag 5 maart.

Met vriendelijke groet,

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
(GGD/Jeugdgezondheidszorg).
E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

bijlage 5 : Brief ouder afwezig bijeenkomst 1



Beste ouder vanuit groep

U heeft zich aangemeld voor de vier bijeenkomsten om te praten over het thema
“Hoe blijft mijn kind gezond”.

Op de eerste bijeenkomst van afgelopen woensdag 12 februari was u helaas niet aanwezig. Voor het bijwonen van de tweede bijeenkomst is het voor u geen probleem dat u de eerste bijeenkomst gemist heeft.

In de eerste bijeenkomst is over de onderwerpen ‘Gezondheid’ en ‘Gezonde leefstijl’ gesproken. Aan het begin van de tweede bijeenkomst op woensdag 5 maart wordt de eerste bijeenkomst samengevat.

In de tweede bijeenkomst komen de onderwerpen ‘Gewicht’ en ‘Voeding’ aan de orde. Wij gaan tijdens deze bijeenkomst actief aan de slag met het bereken van de BMI (Body Mass Index).

Graag hoop ik u te mogen begroeten op woensdag 5 maart.

Met vriendelijke groet,

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
(GGD/Jeugdgezondheidszorg).
E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

bijlage 6 : Brief voor ouders bijeenkomst 2



Beste deelnemende ouders,

De tweede bijeenkomst van vier bijeenkomsten over het thema

“Hoe blijft mijn kind gezond”

vindt aanstaande woensdag 5 maart plaats. In de eerste bijeenkomst is over de onderwerpen ‘Gezondheid’ en ‘Gezonde leefstijl’ gesproken.

In de tweede bijeenkomst heeft u aangegeven te willen praten over de onderwerpen ‘Gewicht’ en ‘Voeding’. Wilt u voor deze bijeenkomst de lengte en het gewicht van uw kind (uit groep 1 of 2) meenemen? Met deze gegevens gaat u de BMI (Body Mass Index) van uw kind berekenen aan de hand van nieuwe BMI getallen voor Hindostaanse kinderen. **De BMI-waarde geeft een schatting van het gezondheidsrisico aan de hand van het lichaamsgewicht.**

Datum: a.s. woensdag 5 maart.

Tijd: 09.00 uur, inloop vanaf 08.40 uur.

Locatie: Bestuurskamer, bovenste verdieping van de Shri Vishnu School.

Voor koffie en thee wordt gezorgd.

Graag hoop ik u aanstaande woensdag te mogen begroeten.

Met vriendelijke groet,

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
(GGD/Jeugdgezondheidszorg).
E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

bijlage 7 : Brief validatiebijeenkomst conclusies



Beste ouder,

U heeft de bijeenkomsten bijgewoond over het onderwerp:

“Hoe blijft mijn kind gezond”.

Tijdens de bijeenkomsten heeft u veel informatie met elkaar gedeeld. U heeft aangegeven hoe u over dit onderwerp denkt. In het kader van het onderzoek zal uit de verkregen informatie conclusies getrokken worden. De voorlopige conclusies wil ik graag met u delen en met u bespreken tijdens een extra bijeenkomst. Voor deze bijeenkomst nodig ik u uit.

Voor het bijwonen van deze bijeenkomst ontvangt u extra VVV-bonnen.

Datum : maandag 14 april

Tijdstip : 09.00 – 10.00 uur

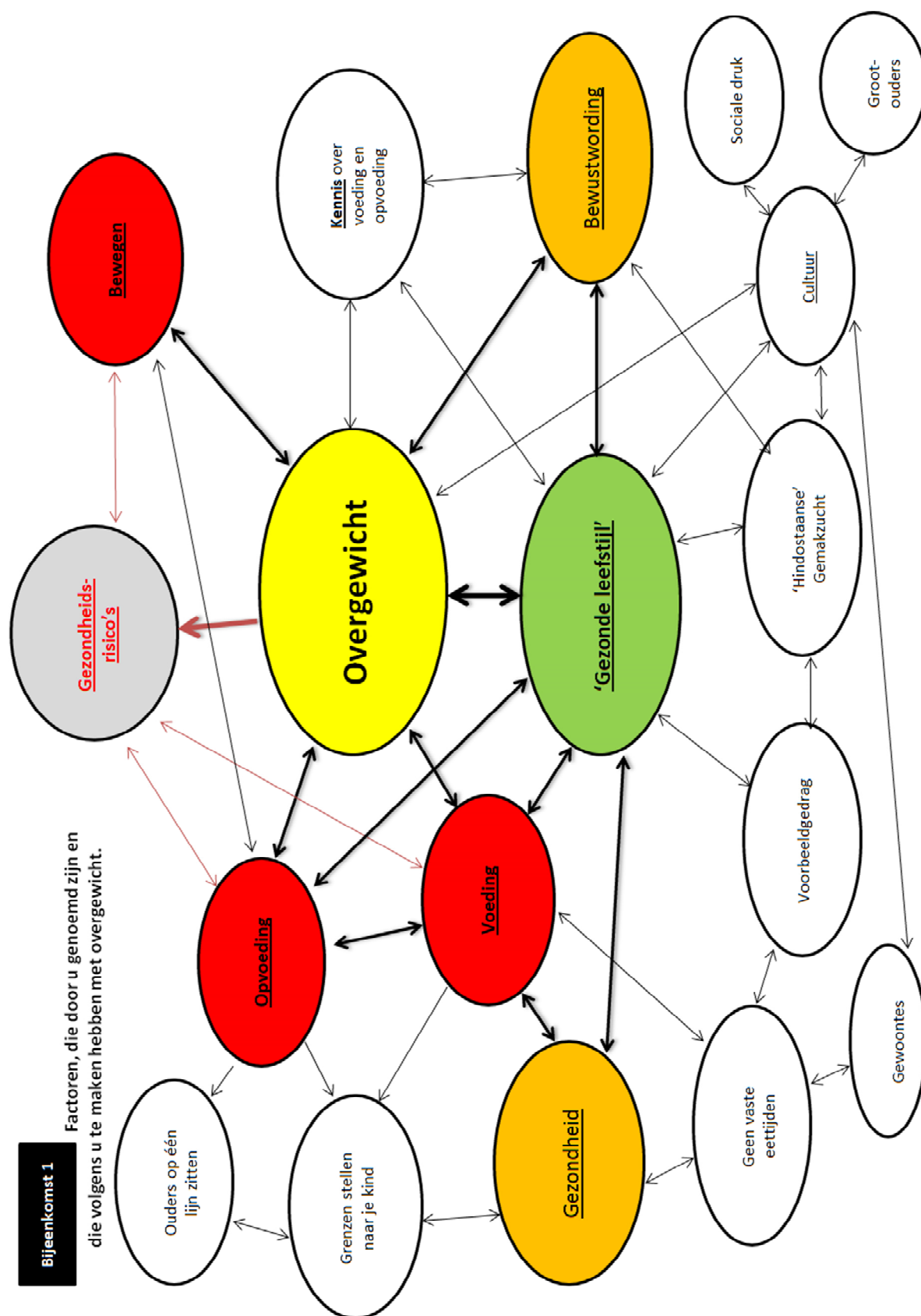
Locatie : Shri Vishnu School, bestuurskamer

Ik hoop u op maandagochtend 14 april te mogen begroeten.

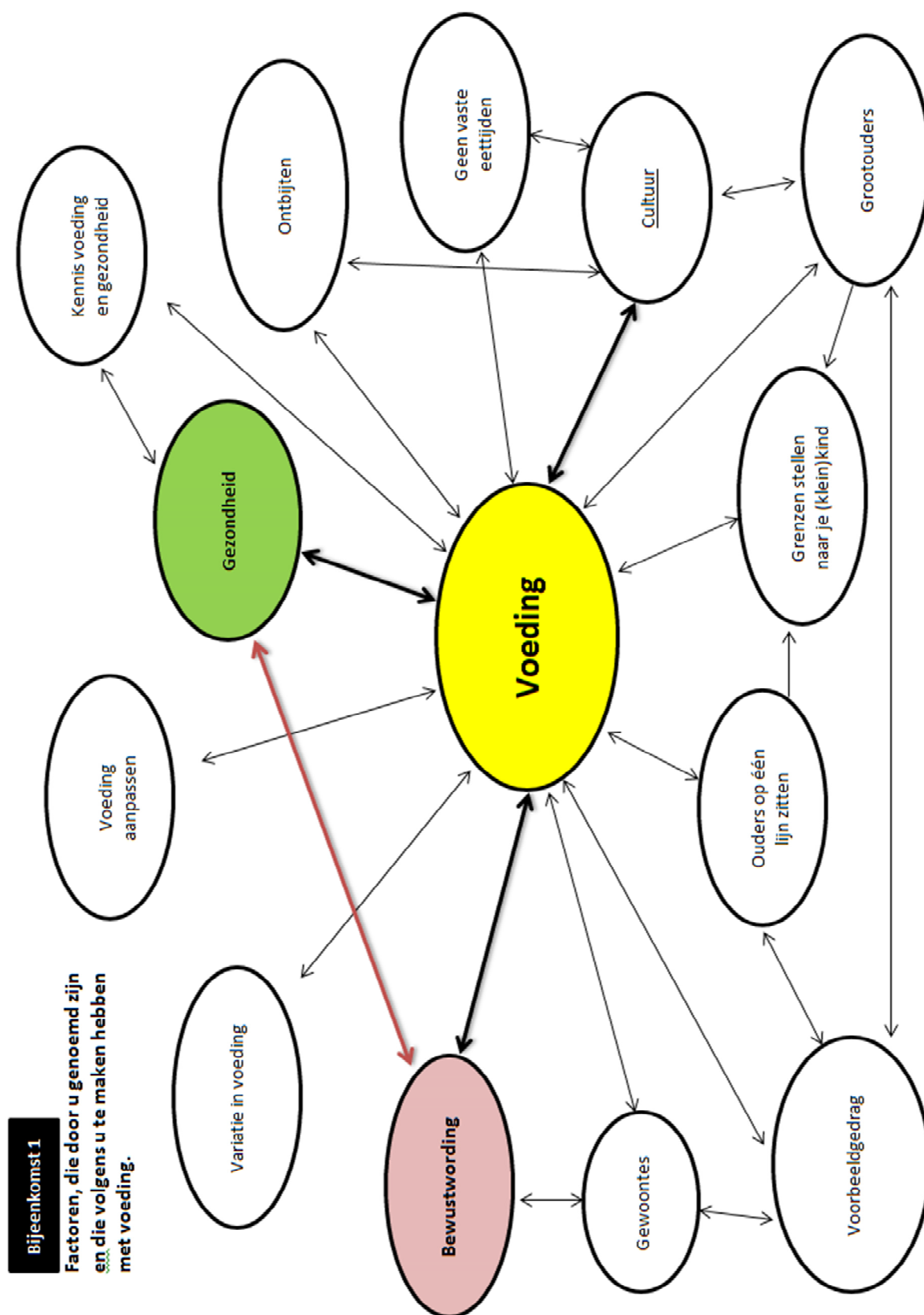
Met vriendelijke groet,

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
(GGD Haaglanden/Jeugdgezondheidszorg).
E-mailadres: nelleke.jansen@telfort.nl

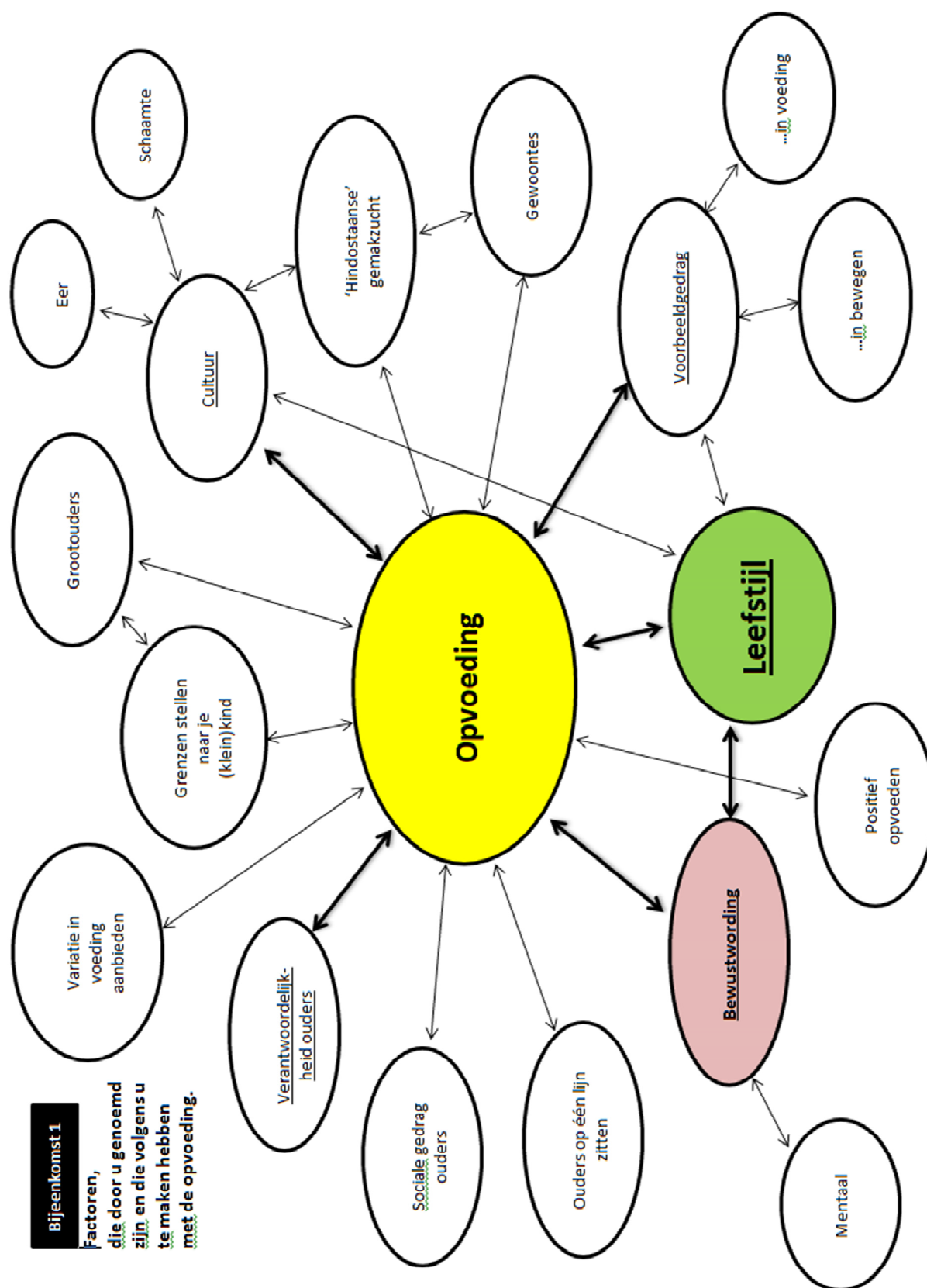
bijlage 8 : Mindmap overgewicht centraal bijeenkomst 1



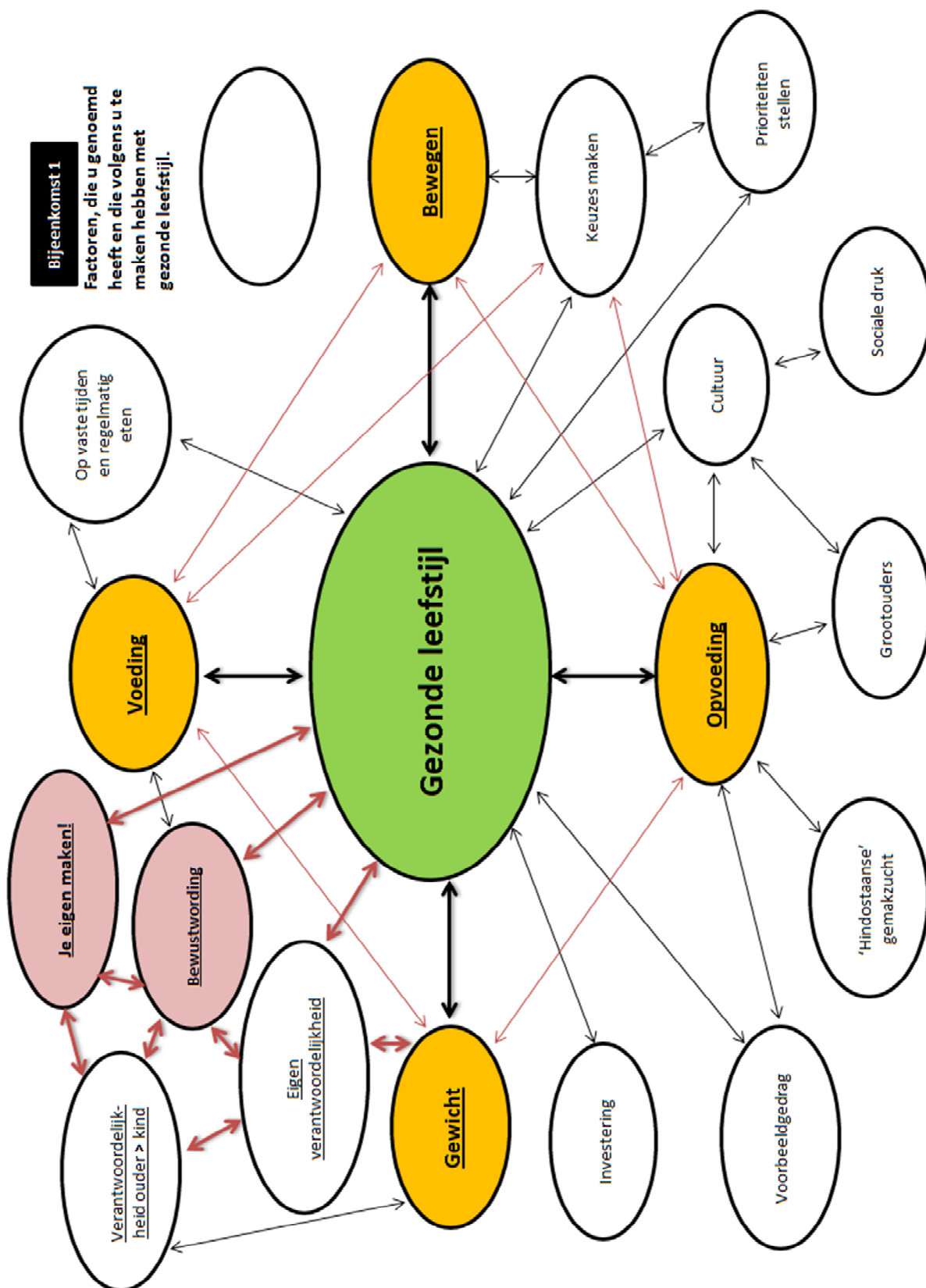
bijlage 9 : Mindmap voeding centraal bijeenkomst 1



bijlage 10: Mindmap opvoeding centraal bijeenkomst 1



bijlage 11: Mindmap gezonde leefstijl bijeenkomst 1



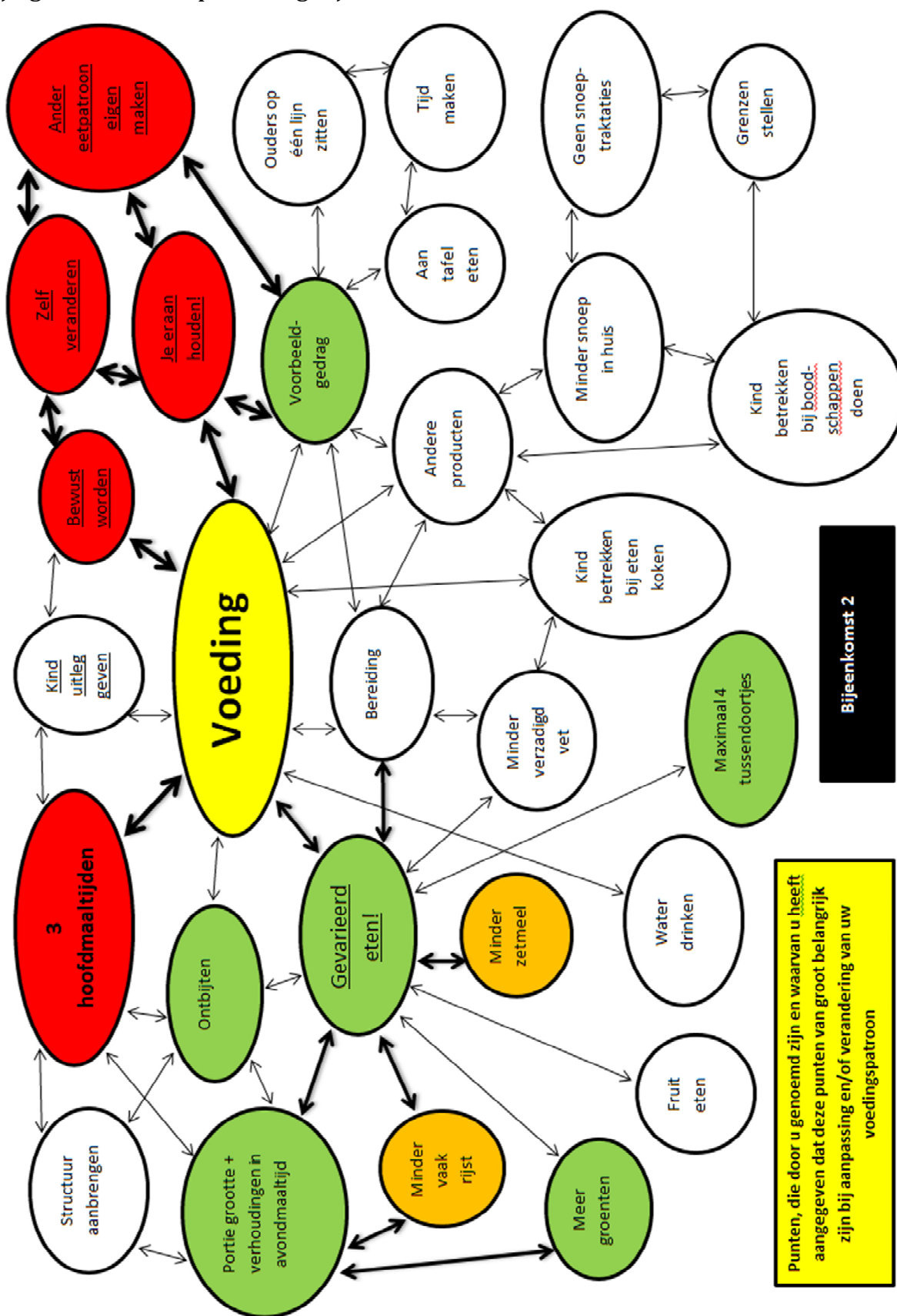
Wat verstaat u onder 'Gezonde Leefstijl'?

- Gezonde leefstijl en gezondheid zijn belangrijk voor het lichaam
- Gezonde leefstijl is op vaste tijden eten
- Gezonde leefstijl is voeding aanpassen
- Gezonde leefstijl is investeren in keuzes maken (tijd en geld) en prioriteiten stellen
- Gezonde leefstijl begint bij eigen verantwoordelijkheid van de ouder voor zichzelf en voor de kinderen
- Gezonde leefstijl voor onze kinderen is een stuk opvoeding

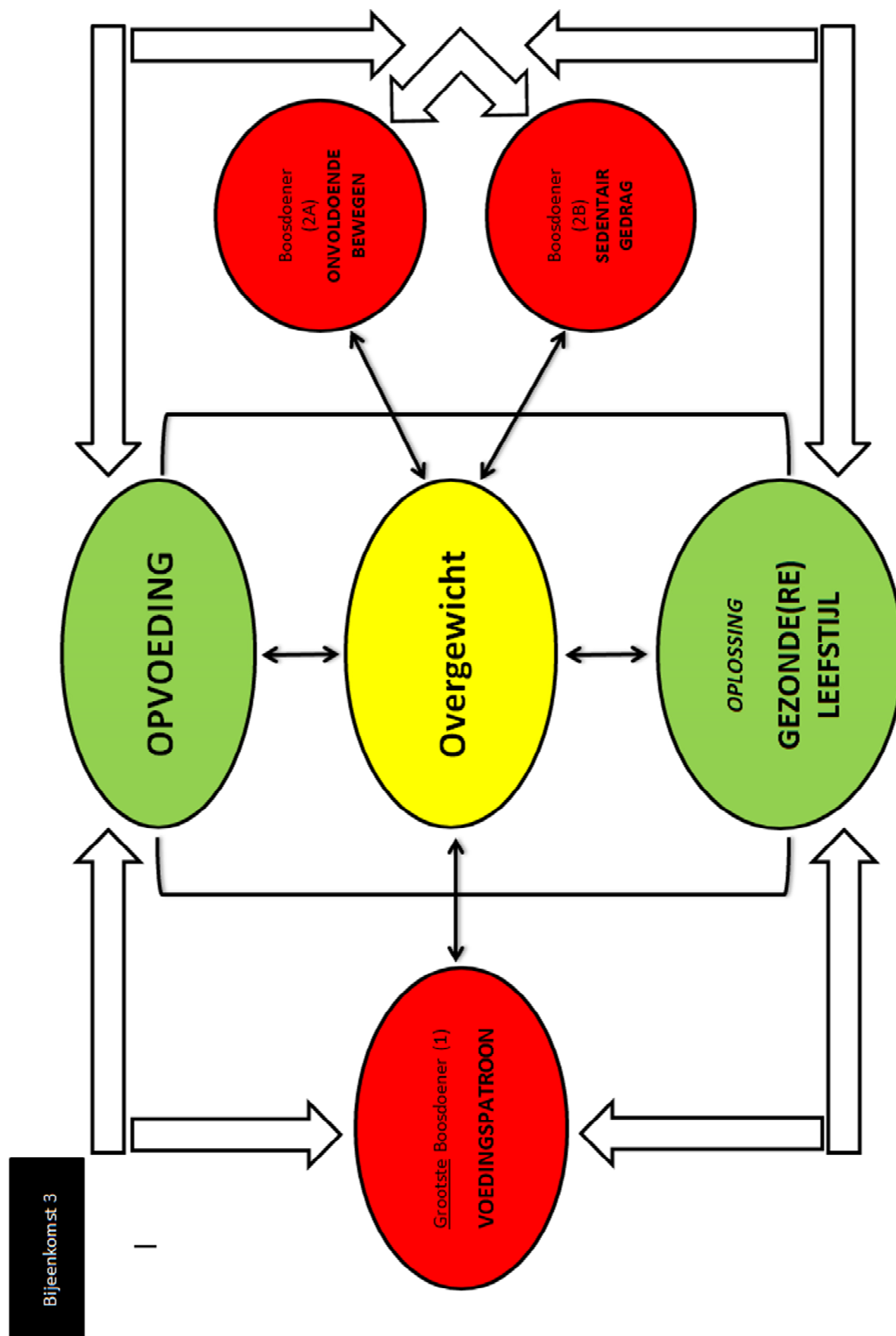
Samengevat heeft gezonde leefstijl te maken met:

- ✓ voeding
- ✓ bewegen
- ✓ bewustwording
- ✓ opvoeding
- ✓ kennis opdoen
- ✓ kennis delen

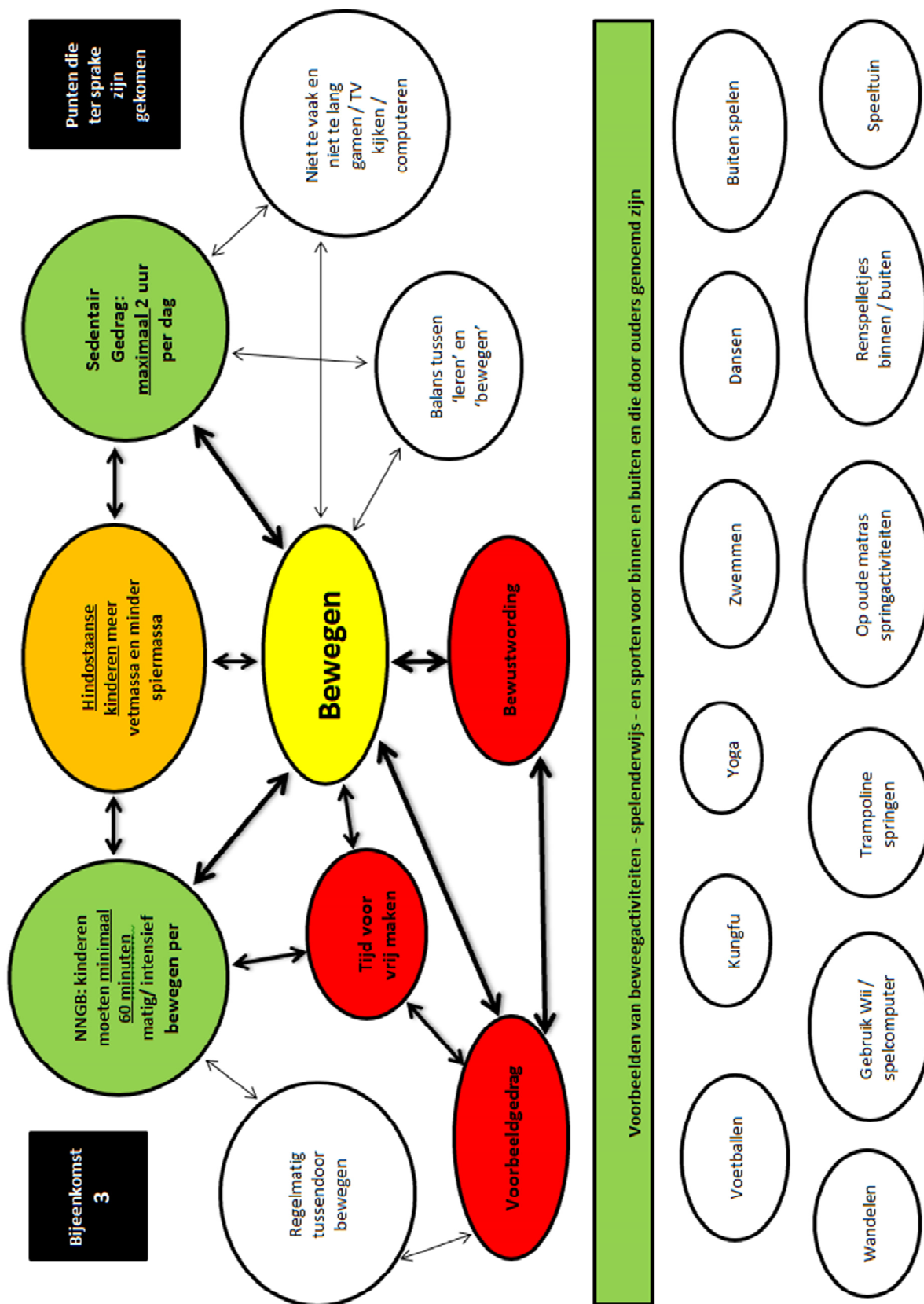
bijlage 13: Mindmap voeding bijeenkomst 2



bijlage 14: Mindmap overgewicht bijeenkomst 3



bijlage 15: Mindmap bewegen bijeenkomst 3



bijlage 16: Handout informatie en punten van ouders na 3 bijeenkomsten

'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Bewustwording en Kennis



'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Deze 3 bijeenkomsten zijn voor mij erg leerzaam geweest. Het bewust worden van Voeding Beweging en Leefstijl



'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Bewustwording en Verandering en Opvoeding (ouders!)



'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Het meest heb ik geleerd dat je eerst zelf bewust moet worden wat betreft voeding en bewegen. Eerst zelf veranderingen in brengen



'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Persoonlijk is alles belangrijk voor mij wat in de 3 bijeenkomsten is besproken




'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Voeding
Gezondheid
Leefstijl is voeding




'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Bewuster geworden
Bijeenkomsten informatief
Geschrokken van de informatie

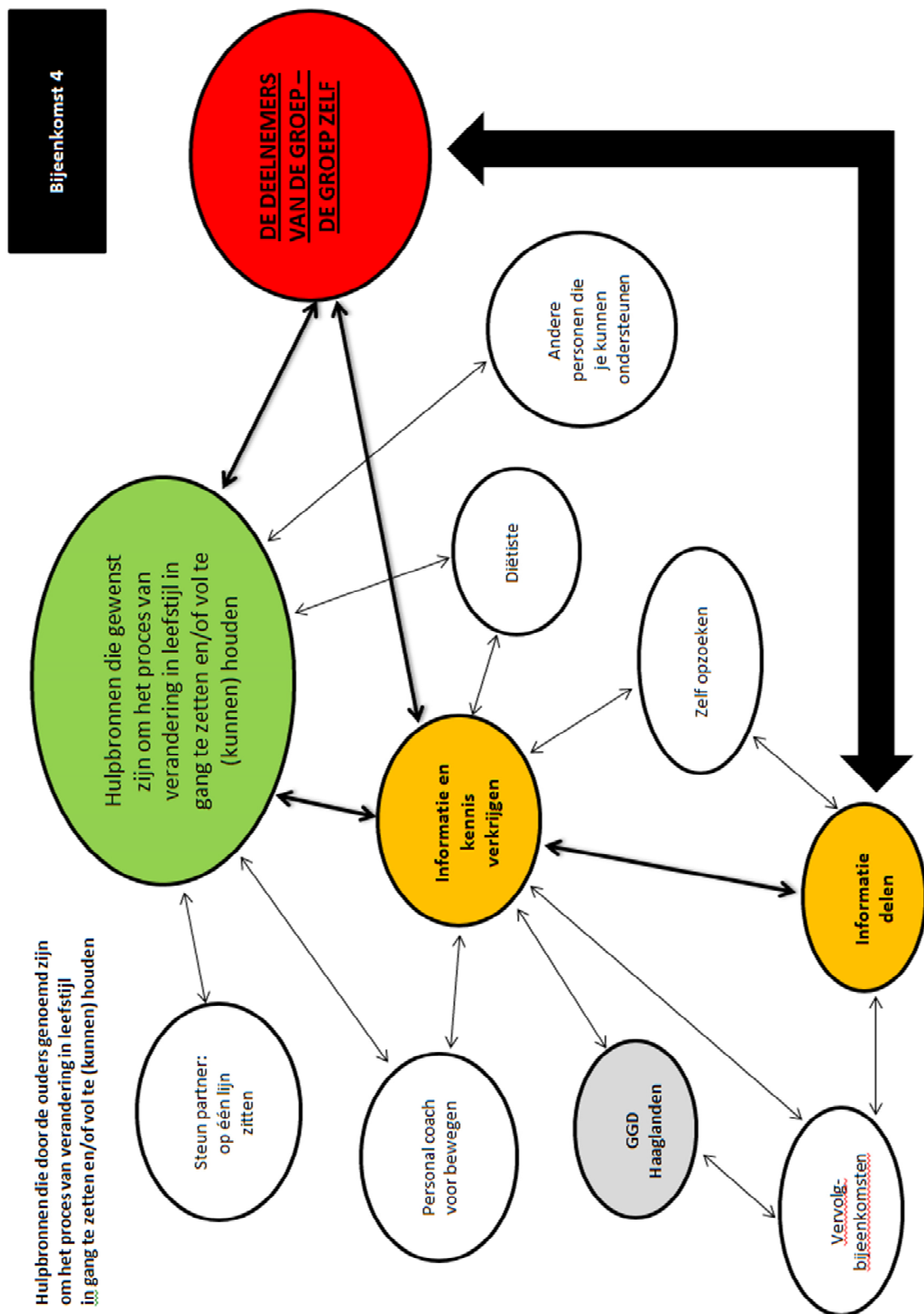


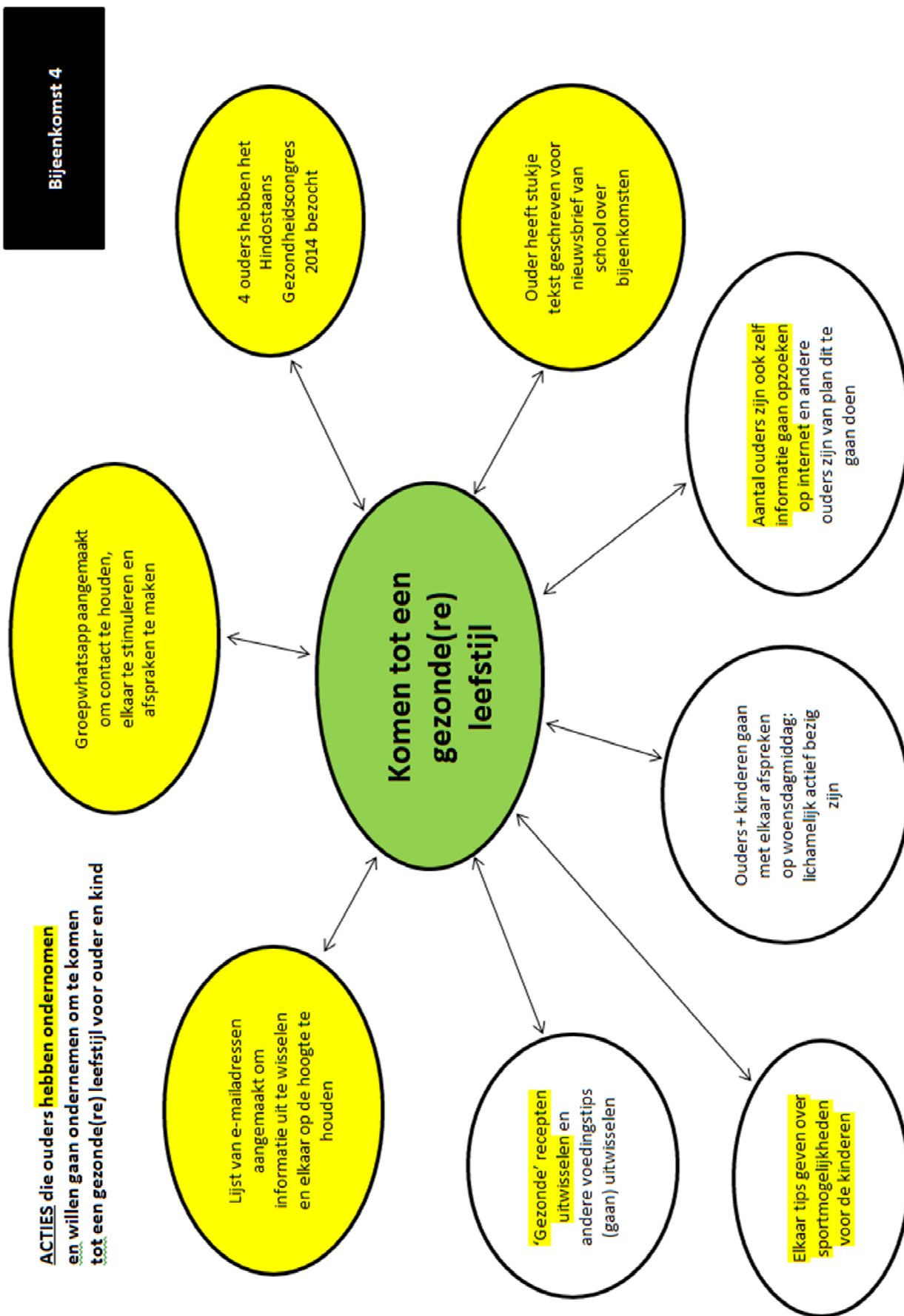

'Hoe blijft mijn kind gezond'

Punten en/of informatie waarvan ouders vinden wat voor hen persoonlijk tot nu het belangrijkste is na het bijwonen van 3 bijeenkomsten

Voeding + gewicht met nieuwe BMI waarden
Bewust geworden
Bij jezelf beginnen





bijlage 19: Evaluatielijst bijeenkomsten



Evaluatie van de bijeenkomsten rond het onderwerp 'Hoe blijft mijn kind gezond'



Vraag 1:

In hoeverre vindt u dat u nieuwe informatie heeft opgedaan door het bijwonen van de bijeenkomsten?
(*één antwoord mogelijk*)

- ☐ a) geen nieuwe informatie
- ☐ b) een beetje nieuwe informatie
- ☐ c) matige hoeveelheid informatie
- ☐ d) matig tot veel nieuwe informatie
- ☐ e) veel nieuwe informatie

Vraag 2:

Indien u nieuwe informatie heeft opgedaan, over welke onderwerpen heeft u nieuwe informatie opgedaan?
(*meerdere antwoorden mogelijk*)

- ☐ a) overgewicht bij kinderen
- ☐ b) overgewicht bij volwassenen
- ☐ c) voeding en voedingspatronen in relatie tot overgewicht
- ☐ d) beweegnormen en beweegactiviteiten in relatie tot overgewicht
- ☐ e) komen tot een gezonde leefstijl

Vraag 3:

In de bijeenkomsten is regelmatig door u gesproken over 'bewustwording'. In hoeverre vindt u dat u zelf bewust bent geworden van uw eigen leefstijl en dat van uw kind? Bij mij is er sprake van:
(*één antwoord mogelijk*)

- ☐ a) geen bewustwording
- ☐ b) een beetje bewustwording
- ☐ c) matige bewustwording
- ☐ d) matig tot veel bewustwording
- ☐ e) veel bewustwording

Vraag 4:

Hoe graag wilt u een gezonde leefstijl hebben voor uzelf en voor uw kind?

(*één hokje aankruisen wat voor u van toepassing is: 0 = wil ik helemaal niet, 10 = wil ik heel graag*)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag 5:

Indien u een gezonde leefstijl wilt hebben voor uzelf en voor uw kind, denkt u dat u zelf kan zorgen voor een gezonde leefstijl? (*één hokje aankruisen wat voor u van toepassing is:*

0 = kan ik nooit voor zorgen, 10 = kan ik altijd / maximaal voor zorgen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag 6:

Indien u een gezonde leefstijl wilt hebben voor uzelf en voor uw kind, hoeveel belemmeringen / problemen ervaart u om een gezonde leefstijl te realiseren? (*één hokje aankruisen wat voor u van toepassing is:*

0 = geen enkele belemmering, 10 = zeer veel belemmeringen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag 7:

Indien u uw leefstijl en dat van uw kind wil veranderen, heeft u daar dan hulp bij nodig?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ a) nee
- ☐ b) ja, van partner
- ☐ c) ja, van mijn familie
- ☐ d) ja, van andere ouders
- ☐ e) ja, van een diëtist voor mijn voedingspatroon
- ☐ f) ja, van een personal trainer om te komen tot bewegen
- ☐ g) ja, ondersteuning nodig vanuit de GGD en/of het CJG
- ☐ h) anders, nl.:

Vraag 8:

Gaat u na deze bijeenkomsten aan een gezonde / meer gezonde leefstijl werken?

- ☐ a) nee
- ☐ b) weet ik nog niet
- ☐ c) ja, gestart tijdens de bijeenkomsten
- ☐ d) ja, start binnen één week
- ☐ e) ja, start binnen één maand
- ☐ f) ja, start binnen 6 maanden
- ☐ g) ja, start binnen 12 maanden

Vraag 9:

Kunt u en wilt u met de informatie die u heeft gekregen tijdens de bijeenkomsten ook andere ouders motiveren om aan de slag te gaan met een gezonde leefstijl?

- ☐ a) ja, ik kan en ik wil ook andere ouders motiveren
- ☐ b) nee, ik kan andere ouders niet motiveren
- ☐ c) weet ik nog niet

Vraag 10:

Hoe vond u de sfeer waarin de bijeenkomsten plaats vonden?

- ☐ a) niet prettig
- ☐ b) prettig
- ☐ c) zeer prettig
- ☐ d) anders, nl.:

Vraag 11:

Wat vond u van de locatie waar de bijeenkomsten plaatsvonden?

- ☐ a) de bijeenkomsten moeten op Shri Vishnu School gegeven worden
- ☐ b) de bijeenkomsten mogen ook op een andere locatie gegeven worden
- ☐ c) anders, nl.:

Vraag 12:

Wat vond u van de dag waarop de bijeenkomsten plaats vonden?

- ☐ a) de woensdagochtend is een geschikte ochtend
- ☐ b) de woensdagochtend is geen geschikte ochtend, liever een andere ochtend in de week
- ☐ c) geen bijeenkomsten overdag, maar in de avonden
- ☐ d) anders, nl.:

Vraag 13:

Wat vond u van het tijdstip waarop de bijeenkomsten plaats vonden?

- ☐ a) de tijd van 09.00-11.15 uur is een geschikte tijd voor een ochtend in de week
- ☐ b) de tijd van 19.00-21.15 uur is een geschikte tijd voor bijeenkomsten in de avonden
- ☐ c) anders, nl.:

Vraag 14:

Als u een cijfer zou toekennen voor de inhoud van alle bijeenkomsten, welk cijfer zou u dan geven?

(cijfer omcirkelen van uw keuze; 1 = zeer laag, 10 = zeer hoog)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag 15:

Als u een cijfer zou toekennen voor de begeleiding van alle bijeenkomsten, welk cijfer zou u dan geven?

(cijfer omcirkelen van uw keuze; 1 = zeer laag, 10 = zeer hoog)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag 16:

Heeft u behoefte om met elkaar / met deze groep verder te praten over dit onderwerp van gezonde leefstijl?

- ☐ a) ja, ik wil graag dat er vervolgbijeenkomsten georganiseerd gaan worden
- ☐ b) nee, dit aantal bijeenkomsten - vier - is voldoende geweest
- ☐ c) weet ik nog niet

Vraag 17:

Zijn er nog andere onderwerpen waarover u graag informatie zou willen ontvangen en over zou willen praten met andere ouders onder begeleiding van GGD Haaglanden?

.....

.....

.....

.....

bijlage 20: Vragenlijst persoonlijke gegevens deelnemende ouders



Gegevens voor het onderzoek van de deelnemende ouders behorende bij de bijeenkomsten rond het thema *'Hoe blijft mijn kind gezond'*

Vraag 1:

Wat is uw geslacht?

- ☐ man
- ☐ vrouw

Vraag 2:

Wat is uw leeftijd?

- ☐ jaar

Vraag 3:

In welk land bent u geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ India
- ☐ Maleisië
- ☐ Pakistan
- ☐ Anders, nl.:

Vraag 4:

In welk land is uw partner geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ India
- ☐ Maleisië
- ☐ Pakistan
- ☐ Anders, nl.:

Vraag 5:

Hoeveel kinderen heeft u, hoe oud zijn uw kinderen en waar zijn zij geboren?

(omcirkelen jongen of meisje)

- ☐ kind 1: jongen / meisje > leeftijd jaar, geboorteland:
.....
- ☐ kind 2: jongen / meisje > leeftijd jaar, geboorteland:
.....
- ☐ kind 3: jongen / meisje > leeftijd jaar, geboorteland:
.....
- ☐ kind 4: jongen / meisje > leeftijd jaar, geboorteland:
.....
- ☐ kind 5: jongen / meisje > leeftijd jaar, geboorteland:
.....

Vraag 6:

Wat is de hoogste opleiding die u gevolgd heeft?

(één antwoord aankruisen)

- ☐ basisschool
- ☐ MAVO / VMBO
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ MBO-opleiding
- ☐ HBO-opleiding
- ☐ WO-opleiding

Vraag 7:

Wat is de hoogste opleiding die uw partner gevolgd heeft?

(één antwoord aankruisen)

- ☐ basisschool
- ☐ MAVO / VMBO
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ MBO-opleiding
- ☐ HBO-opleiding
- ☐ WO-opleiding

Vraag 8:

Hoe is uw arbeidssituatie?

- ☐ a) fulltime werkend
- ☐ b) parttime werkend
- ☐ c) studerend
- ☐ d) werkeloos / werkzoekende
- ☐ e) arbeidsongeschikt
- ☐ f) huisman / huisvrouw

Vraag 9:

Hoe is de arbeidssituatie van uw partner?

- ☐ a) fulltime werkend
- ☐ b) parttime werkend
- ☐ c) studerend
- ☐ d) werkeloos / werkzoekende
- ☐ e) arbeidsongeschikt
- ☐ f) huisman / huisvrouw

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijsten!

bijlage 21: Resultaten vragenlijst evaluatie bijeenkomsten

		resultaat	
Vraag 1:	In hoeverre vindt u dat u <u>nieuwe informatie</u> heeft opgedaan door het bijwonen van de bijeenkomsten?		
	<u>geen</u> nieuwe informatie	0	
	<u>een beetje</u> nieuwe informatie	0	
	<u>matige</u> hoeveelheid informatie	0	
	<u>matig tot veel</u> nieuwe informatie	3	
	veel nieuwe informatie	7	
		10	10
Vraag 2:	Indien u nieuwe informatie heeft opgedaan, over <u>welke onderwerpen</u> heeft u nieuwe informatie opgedaan?		
	overgewicht bij kinderen	3	
	overgewicht bij volwassenen	0	
	voeding en voedingspatronen in relatie tot overgewicht	1	
	beweegnormen en beweegactiviteiten in relatie tot overgewicht	1	
	komen tot een gezonde leefstijl	8	
		13	13
Vraag 3:	In de bijeenkomsten is regelmatig door u gesproken over 'bewustwording'. In hoeverre vindt u dat u zelf bewust bent geworden van uw eigen leefstijl en dat van uw kind? Bij mij is er sprake van:		
	geen bewustwording	0	
	een beetje bewustwording	0	
	matige bewustwording	0	
	matig tot veel bewustwording	4	
	veel bewustwording	6	
		10	10
Vraag 4:	Hoe graag <u>wilt u</u> een gezonde leefstijl hebben voor uzelf en voor uw kind?		
	waarde 0 t/m 10 invullen	92	9,2

		resultaat	
Vraag 5:	Indien u een gezonde leefstijl wilt hebben voor uzelf en voor uw kind, denkt u dat <u>u zelf kan zorgen</u> voor een gezonde leefstijl? (<i>één hokje aankruisen wat voor u van toepassing is:</i>		
		waarde 0 t/m 10 invullen	83 8,3
Vraag 6:	Indien u een gezonde leefstijl wilt hebben voor uzelf en voor uw kind, <u>hoeveel belemmeringen / problemen</u> ervaart u om een gezonde leefstijl te realiseren?		
		waarde 0 t/m 10 invullen	38 3,8
Vraag 7:	Indien u uw leefstijl en dat van uw kind wil veranderen, heeft u daar dan hulp bij nodig?		
	nee	1	
	ja, van partner	4	
	ja, van mijn familie	1	
	ja, van andere ouders	1	
	ja, van een diëtist voor mijn voedingspatroon	2	
	ja, van een personal trainer om te komen tot bewegen	5	
	ja, ondersteuning nodig vanuit de GGD en/of het CJG	4	
	anders: nl groep	4	
	anders, nl:	1	
		23	23
Vraag 8:	Gaat u na deze bijeenkomsten aan een gezonde / meer gezonde leefstijl werken?		
	a) nee	0	
	b) weet ik nog niet	0	
	c) ja, gestart tijdens de bijeenkomsten	9	
	d) ja, start binnen één week	1	
	e) ja, start binnen één maand	0	
	f) ja, start binnen 6 maanden	0	
	g) ja, start binnen 12 maanden	0	
	anders	0	
		10	10

		resultaat	
Vraag 9:	Kunt u en wilt u met de informatie die u heeft gekregen tijdens de bijeenkomsten ook andere ouders motiveren om aan de slag te gaan met een gezonde leefstijl?		
	a) ja, ik kan en ik wil ook andere ouders motiveren	9	
	b) nee, ik kan andere ouders niet motiveren	0	
	c) weet ik nog niet	1	
		10	10
Vraag 10:	Hoe vond u de sfeer waarin de bijeenkomsten plaats vonden?		
	a) niet prettig	0	
	b) prettig	3	
	c) zeer prettig	6	
	d) anders, nl.: ...	1	
		10	10
Vraag 11:	Wat vond u van de locatie waar de bijeenkomsten plaatsvonden?		
	a) de bijeenkomsten moeten op Shri Vishnu School gegeven worden	8	
	b) de bijeenkomsten mogen ook op een andere locatie gegeven worden	1	
	c) anders, nl.: ...	2	
		11	11
Vraag 12:	Wat vond u van de dag waarop de bijeenkomsten plaats vonden?		
	a) de woensdagochtend is een geschikte ochtend	9	
	b) de woensdagochtend is geen geschikte ochtend, liever een andere ochtend in de week	0	
	c) geen bijeenkomsten overdag, maar in de avonduren	1	
	d) anders, nl.: ...	0	
		10	10

		resultaat	
Vraag 13: Wat vond u van het tijdstip waarop de bijeenkomsten plaats vonden?			
	a) de tijd van 09.00-11.15 uur is een geschikte tijd voor een ochtend in de week	9	
	b) de tijd van 19.00-21.15 uur is een geschikte tijd voor bijeenkomsten in de avonden	0	
	c) anders, nl.:	1	
		10	10
Vraag 14: Als u een cijfer zou toekennen voor de inhoud van alle bijeenkomsten, welk cijfer zou u dan geven?			
	waarde 0 t/m 10 invullen	87	8,7
Vraag 15: Als u een cijfer zou toekennen voor de begeleiding van alle bijeenkomsten, welk cijfer zou u dan geven?			
	waarde 0 t/m 10 invullen	92	9,2
Vraag 16: Heeft u behoefte om met elkaar / met deze groep verder te praten over dit onderwerp van gezonde leefstijl?			
	a) ja, ik wil graag dat er vervolgbijeenkomsten georganiseerd gaan worden	9	
	b) nee, dit aantal bijeenkomsten - vier - is voldoende geweest	1	
	c) weet ik nog niet	0	
		10	10
Vraag 17: Zijn er nog andere onderwerpen waarover u graag informatie zou willen ontvangen en over zou willen praten met andere ouders onder begeleiding van GGD Haaglanden?			
	ja	7	
	onderwerp:	0	
	nee	3	
		10	10

bijlage 22: Handout PowerPoint conclusies voor ouders bijeenkomst 5

"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Voorlopige conclusies
van het
Afstudeeronderzoek Pedagogiek /
Pilotonderzoek GGD Haaglanden

Nelleke Jansen – van Wijngaarden





"Hoe blijft mijn kind gezond?"

- Samenwerking Shri Vishnu School en GGD Haaglanden
- Aantal deelnemende ouders: 10
 - 8 vrouwen
 - 2 mannen
 - Ouders met kinderen in groep 1 en 2
- Een prettige en vertrouwde sfeer tijdens bijeenkomsten
 - Vertrouwen naar gespreksleider
 - Onderling vertrouwen en respect deelnemers /gespreksleider
- Actieve participatie van alle deelnemende ouders




"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Onderzoeksvraag

Hoe denkt een groep van tien Hindostaanse ouders, van 4-5 jarige kinderen uit groep 1 en 2 van een Hindostaanse basisschool in Den Haag, over

- gezonde leefstijl van hun kinderen en welke factoren dragen zij aan die een rol zouden kunnen spelen bij toename van gewicht bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 – 7 jaar en
- op welke wijze willen deze ouders in vier bijeenkomsten met elkaar hierover in gesprek gaan en invulling geven aan de bijeenkomsten?

"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Vier bijeenkomsten

- Bijeenkomst 1
 - Motivatie deelname aan bijeenkomsten
 - Overgewicht en relatie met voeding, opvoeding en gezonde leefstijl
- Bijeenkomst 2
 - Voeding in relatie tot opvoeding en gezonde leefstijl
- Bijeenkomst 3
 - Bewegen in relatie tot opvoeding en gezonde leefstijl
- Bijeenkomst 4
 - Hoe te komen tot een gezonde(re) leefstijl
 - Welke hulpbronnen zijn hiervoor nodig




"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Gezondheid

- Gezondheid heel belangrijk voor ouder zelf en voor kind
 - Relatie overgewicht en gezondheid ouder
 - Relatie overgewicht en gezondheid kind
 - Relatie overgewicht en gezondheidsrisico's
- Gezondheid = eigen verantwoordelijkheid
 - Ouder verantwoordelijk voor gezondheid kind
 - Gezondheidsrisico's suikerziekte + hart- /vaatsiekten
 - Herkenbaar in familie en directe omgeving
 - Meer bewust geworden van de gevolgen
- Uw kinderen: bij enkele sprake van overgewicht of ernstig overgewicht (obesitas)




"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Gezondheid (2)

- Nieuwe kennis BMI waarden
 - BMI waarden Hindostaanse volwassenen en Hindostaanse kinderen
 - Andere afkappunten voor ondergewicht, overgewicht en obesitas
- Nieuwe kennis vetophoping
 - Bij Hindostanen in buikregio
 - Duidelijke relatie vetophoping buikregio en suikerziekte
- Informatie andere lichaamsbouw
 - Voor sommige ouders nieuwe kennis
 - Meer vetmassa, minder spiermassa



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Voeding

- Ouders bewust geworden van hun voedingspatroon
 - Bewust geworden van wat je eet, hoeveel je eet en hoe vaak
- Aantal ouders bewust geworden van noodzaak aanpassing voedingspatroon
 - Vele factoren benoemd voor aanpassing en/of verandering
 - Gevarieerd
 - Meer groenten en meer fruit
 - Ontbijten noodzakelijk
 - Drie hoofdmaaltijden
 - Maximaal 4 tussendoortjes
- Ouders: relatie cultuur <-> eetpatroon



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Voeding (2)

- Ouders meer bewust van calorieëninname
 - Vermoeden calorieëninname per dag te hoog
 - Gaan meer letten op voedingsstoffen in producten
- Ouders meer bewust dat ...
 - (veel) suiker niet goed is



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Bewegen

- Nieuwe kennis beweegnormen
 - Beweegnorm voor volwassenen en voor kinderen
 - Niet alle ouders op de hoogte van beweegnorm
- Nieuwe kennis sedentair gedrag: onbekende informatie
 - Richtlijn voor kinderen van 4 – 12 jaar
 - Ouders niet op de hoogte van gezondheidsrisico's
 - Sedentair gedrag van kinderen herkenbaar voor ouders
- Te weinig bewegen: relatie met overgewicht



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Bewegen (2)

- Aantal kinderen beoefenen een sport, aantal niet
 - Bewustwording alle ouders van noodzaak bewegen kinderen
 - Creatief zijn in verzinnen en uitlokken beweegactiviteiten
- Aantal ouders doen bewust aan sporten/bewegen, aantal niet
 - Aantal ouders bewust zelf meer gaan bewegen
- Stimulatie bewegen en sporten: samen doen



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Opvoeding

- Bewustwording: **Voorbeeldgedrag!**
 - Voorbeeldgedrag m.b.t. voeding
 - Kinderen betrekken bij kopen en bereiden voedsel
 - Samen aan tafel eten
 - Voorbeeldgedrag m.b.t. bewegen
- Ouders verantwoordelijk
 - Ouders willen gezonde leefstijl voor hun kind
- Kinderen uitleg geven
 - Tijd voor nemen en kind aandacht geven



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Opvoeding (2)

- Grenzen stellen
 - Regels afspreken
 - Welk voedsel
 - Hoeveelheid voedsel
 - Tussendoortjes: welke en hoeveel
 - Geeft duidelijkheid en biedt houvast
- Structuur aanbrengen
 - Eetpatroon en beweegpatroon
- Ouders zich bewust: met partner op één lijn zitten



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Opvoeding (3)

- 'Gemakzucht'
 - Snel toegeven
- Hindostaanse cultuur speelt grote rol
 - Ouders voelen zich een 'middengeneratie'
 - Voorbeeld eigen ouders t.a.v. gezonde leefstijl vaak niet goed
 - Ouders ander voorbeeld gaan geven aan eigen kinderen
 - Geen / nauwelijks steun van eigen ouders t.a.v. gezonde leefstijl
 - Andere opvoeding t.a.v. gezonde leefstijl moeilijk bespreekbaar



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Leefstijl

- Hindostanen zijn 'gemakkelijk'
- Leefstijlverandering is gedragsverandering
 - Hindernissen
 - Snel excuus gevonden voor geen verandering
- Leefstijlverandering is eerst bewustwording
- Leefstijlverandering moet je eigen maken
- Ouder verantwoordelijk voor gezonde leefstijl
 - Voor zichzelf én voor eigen kind
- Gezonde leefstijl kind = opvoeding
 - Voorbeeldgedrag belangrijk!
 - Onbewust wordt eigen leefstijl doorgegeven aan kinderen



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Leefstijl (2)

- Gezonde leefstijl: prioriteiten stellen
- Eerst leefstijlverandering ouder, alvorens verandering bij kind!
 - Anders geen goed voorbeeldgedrag
- Factoren voor gezonde leefstijl ouder: voeding, bewegen, gewicht
- Factoren voor gezonde leefstijl kind: opvoeding betreffende voeding en bewegen, gewicht
- Voor leefstijlverandering als eerste voedingspatroon veranderen
 - Hindernis: familiebijeenkomsten en feesten
 - Hindostaanse cultuur



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Leefstijl (3)

- Hindernis leefstijl veranderen: schaamte, eer
 - Niet laten merken dat iets niet goed gaat
 - Sociale druk
 - Deze hindernis 'doorbreken'
- Schrikeffect soms nodig om te komen tot verandering
- Kennis zeer belangrijk om te komen tot gezonde leefstijl
- Ouders vinden dat zij veel informatie hebben gekregen



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Algemene conclusies

- Wil aanwezig bij ouders om te komen tot gezonde(re) leefstijl
 - voor ouder én kind
- Meer bewustwording ouders: relatie opvoeding en (mogelijk) overgewicht kind
- Ouders realiseren zich dat gedragsverandering moeilijk is
 - Aan het einde van de bijeenkomsten meer 'bereidheid' tot het uitvoeren van acties
- Ouders realiseren zich dat:
 - veranderd gedrag moeilijk is om vol te houden
 - gedragsverandering een leerproces is
 - Ouders en school hebben elkaar nodig in dit leerproces



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Algemene conclusies (2)

- Ouders realiseren zich dat:
 - Sociale contacten tot steun kan zijn bij gedragsverandering
 - Door groep meer stimulans en motivatie voor gezonde(re) leefstijl
 - Hindostaanse cultuur een belangrijke factor is die meespeelt t.a.v. gezonde(re) leefstijl
- Ouders bewust geworden wat gezonde leefstijl inhoudt
 - Bewustwording wordt veel meer gekoppeld aan voeding en niet aan bewegen
- Ouders zien voedingspatroon als belangrijkste oorzaak van overgewicht
 - Avondmaaltijd: grootste boosdoener voor overgewicht!



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Algemene conclusies (3)

- Ouders geven aan hun leefstijl te kunnen veranderen
- Voor verandering leefstijl wel vaak hulp (bronnen) nodig
 - Huidige groep wordt: belangrijkste hulpbron
 - Voortzetting bijeenkomsten
 - Informatie en kennis vergaren en delen
 - GGD Haaglanden en diëtiste
- Ouders nieuwe kennis opgedaan over
 - gezond eetpatroon
 - gezond gewicht
 - belang van bewegen
 - meer (buiten)activiteiten met kinderen
- Blij met alle informatie, maar ook geschrokken van informatie!



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Geboekte resultaten tijdens onderzoek

- Meer gaan bewegen
 - Lichte afname gewicht ouder
 - Zich algeheel lekkerder voelen
- Meer zelfvertrouwen
- Door nieuwe kennis meer gemotiveerd tot het komen van een gezonde(re) leefstijl
 - Ouders zelf kennis en informatie gaan opzoeken
- Meer gemotiveerd tot gezonde(re) leefstijl door groep
- Andere bereiding van voeding, verandering kookpatroon
 - Minder olie gebruik en meer producten met vezels



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Geboekte resultaten tijdens onderzoek (2)

- Hoeveelheid voeding verminderd
- Minder snoepen
 - Minder tussendoortjes
- Meer fruit eten
- Meer structuur in eetpatroon
- Informatie doorgeven aan derden
- Verandering eetgedrag partner door dialoog aangaan
- Motivatie gekregen om andere bijeenkomsten te gaan bijwonen



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Geboekte resultaten tijdens onderzoek (3)

- Kinderen van enkele ouders gestart met sporten
- Acties ondernomen
 - Groepswatsapp
 - Bezoeken Gezondheidscongres
 - Lijst met e-mailadressen groep voor informatie uitwisseling
 - Recepten uitwisselen
 - Elkaar tips geven over sportmogelijkheden kinderen
 - Stukje voor nieuwsbrief school geschreven



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Conclusie onderzoek

- Bij alle deelnemende ouders is er bewustwording omtrent overgewicht en gezonde leefstijl opgetreden 😊
- Bij alle deelnemende ouders is er sprake van kennisvermeerdering omtrent overgewicht en factoren behorende bij een gezonde leefstijl 😊
- Bij een aantal ouders is er een begin van een positieve gedragsverandering t.a.v. gezonde leefstijl 😊
- Veel factoren genoemd voor ontstaan van overgewicht; geen antwoord waarom overgewicht ontstaat op leeftijd 5-7 jaar 😊



"Hoe blijft mijn kind gezond?"

Adviezen

- GGD Haaglanden zoeken naar mogelijkheden voor voortzetting begeleiding huidige groep
- Starten in nieuwe school jaar met nieuwe groepen ouders uit groepen 1 en 2
- Samenwerking tussen school en ouders optimaliseren
 - Schoolleiding betrekken bij activiteiten van ouders
- Ouders huidige groep stimuleren tot en ondersteunen in ambassadeurschap naar andere ouders
- **Ambassadeur**



“Hoe blijft mijn kind gezond?”

Tot slot

- Er wordt een boekje gemaakt met informatie, bevindingen voortkomend uit de bijeenkomsten, tips/adviezen, etc.
- Uw participatie is van harte welkom door bijvoorbeeld:
 - Aanleveren van foto's
 - Aanleveren van recepten
 - Aanleveren van foto's van gezonde klaargemaakte maaltijden
 - Aanleveren van voedingstips
 - Aanleveren van beweegtips / beweegadviezen etc.

Wie wil hieraan meewerken?



“Hoe blijft mijn kind gezond?”

*Heel erg
bedankt
voor uw
medewerking!*



Een gezonde leefstijl

Waarom hou ik dit niet vol?

Zo lukt het wél

- Schrijf op wat het nieuwe gedrag je gaat opleveren. Wees zo specifiek mogelijk.
- Breng de hindernissen in kaart die je kunnen tegenhouden en bedenk voor elk hoe je die kunt overwinnen.
- Stel je doel niet te hoog. Kleine stapjes werken beter dan grote.
- Gun jezelf de tijd om de nieuwe gewoonte te laten beklijven.
- Mobiliseer je omgeving om je te stimuleren en bij te staan.
- Laat je inspireren door anderen die het doel al hebben gehaald.
- Blijft het nieuwe gedrag lastig? Bespreek met een professional hoe die je kan helpen.

Bron:

<http://www.gezondheidsnet.nl/verbeter-je-leefstijl/waarom-een-gezonde-leefstijl-moeite-kost>

Tips van Andrea Evers, hoogleraar aan de afdeling Medische Psychologie van de Radboud Universiteit in Nijmegen

Bijeenkomst evaluatie conclusies

Observatielijst voor observant – bijeenkomst 1 / 2 / 3 / 4

1. De interactie tussen de deelnemers onderling is in deze bijeenkomst 1:
 - a. onvoldoende
 - b. matig voldoende
 - c. voldoende
 - d. ruim voldoende
 - e. goed
 - f. zeer goed

2. De interactie tussen de deelnemers en de gespreksleider is in deze bijeenkomst 1:
 - a. onvoldoende
 - b. matig voldoende
 - c. voldoende
 - d. ruim voldoende
 - e. goed
 - f. zeer goed

3. De deelname aan de gesprekken door de deelnemers is in deze bijeenkomst 1:
 - a. onvoldoende
 - b. matig voldoende
 - c. voldoende
 - d. ruim voldoende
 - e. goed
 - f. zeer goed

4. Hoe fungeert de gespreksleider in deze bijeenkomst 1?
(iedere deelnemer erbij betrekken / actief luisteren / samenvatten / doorvragen / rode draad van centraal probleem vasthouden)
 - a. onvoldoende
 - b. matig voldoende
 - c. voldoende
 - d. ruim voldoende
 - e. goed
 - f. zeer goed

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

Verklaring

In het kader van het onderzoek

‘Hoe blijft mijn kind gezond’

geef ik toestemming aan GGD Haaglanden om de lengte en het gewicht van mijn kind uit groep 1 en/of groep 2 van de Shri Vishnu School in Den Haag op te vragen bij de vakdocent lichamelijke opvoeding.

Naam kind:

Groep *(keuze omcirkelen)*

1A	1B	2A	2B
----	----	----	----

Naam ouder:

Handtekening:

Datum:

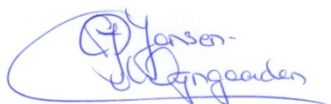


Verklaring

Bij deze verklaar ik dat de audio-opnamen van de vier bijeenkomsten van
“Hoe blijft mijn kind gezond”
op de woensdagen 12 februari, 5 maart, 12 maart en 26 maart 2014 op de
locatie de Shri Vishnu School in Den Haag alleen gebruikt zullen worden voor
het onderzoek van de GGD Haaglanden rondom dit thema.

Naam: Nelleke Jansen – van Wijngaarden

Handtekening:



Datum: 12-02-2014



Deelnemerslijst Onderzoek

“Hoe blijft mijn kind gezond”

Deelnemende school: Shri Vishnu School Den Haag

Aanwezig datum	Naam kind	Naam ouder	Groep
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
		6.	
		7.	
		8.	
		9.	
		10.	



 (Ctrl) + P

Certificaat

Hierbij verklaren ondergetekenden dat

.....

op 12 februari, 5 maart, 12 maart en 26 maart 2014
heeft deelgenomen op de Shri Vishnu School aan de bijeenkomsten

‘Hoe blijft mijn kind gezond’

Nelleke Jansen – van Wijngaarden
Gespreksleider en onderzoeker
GGD Haaglanden



Ellen Ricke
Gezondheidsfunctionaris
GGD Haaglanden



Een gezonde leefstijl

Informatie en tips
voor ouders met kinderen van
Hindostaanse afkomst

Nelleke Jansen-van Wijngaarden



Een gezonde leefstijl

Informatie en tips
voor ouders met kinderen van
Hindostaanse afkomst



Inhoud

Inleiding	4
Gezondheid	6
Voeding	10
Bewegen	14
Opvoeding	18
Gezonde leefstijl	22
Recepten ouders	26
Verder kijken	32



Inleiding

Tien ouders met kinderen van Hindostaanse afkomst in de leeftijd van 4 en 5 jaar hebben in het eerste kwartaal van 2014 in vier bijeenkomsten met elkaar geproken over het thema *“Hoe blijft mijn kind gezond?”* De bijeenkomsten zijn georganiseerd en geleid door Nelleke Jansen-van Wijngaarden in het kader van een onderzoek in opdracht van GGD Haaglanden. De aanleiding van deze bijeenkomsten is de zorg om de procentueel sterke toename van overgewicht bij Hindostaanse kinderen in de leeftijd van 5 – 7 jaar. In deze groepsgesprekken hebben de ouders factoren benoemd die te maken hebben met overgewicht en met gezonde leefstijl. De groepsgesprekken hebben geleid tot **bewustwording van en kennisvermeerdering over een gezonde leefstijl.**

Dit boekje is gebaseerd op de informatie en de kennis die deze ouders en de gespreksleider met elkaar hebben gedeeld. Dit boekje is bedoeld voor ouders met kinderen van Hindostaanse afkomst om hen te ondersteunen in het proces van het komen tot een gezonde(re) leefstijl en het volhouden hiervan.

Veel succes toegewenst!

Nelleke Jansen - van Wijngaarden

4

bewustwording

kennisvermeerdering



5



Gezondheid

Een goede gezondheid

is heel belangrijk voor zowel ouders als voor kinderen. Als ouder bent u verantwoordelijk voor uw eigen gezondheid, maar ook voor de gezondheid van uw kind. Een **gezond gewicht**, **gezonde voeding** en **voldoende bewegen** bevorderen een goede gezondheid.

Door gezonde voeding en beweging voelt uw kind zich fitter.

Bij Hindostaanse mensen komt veel suikerziekte (diabetes type 2) en hart- en vaatziekten voor. De kans op deze **gezondheidsrisico's** wordt **groter bij overgewicht**. Het is dus zeer belangrijk overgewicht te voorkomen bij zowel kinderen als volwassenen van Hindostaanse afkomst.

'Bij mijn kind kom ik nu op overgewicht uit'

'Mijn kind had altijd ondergewicht. Maar nu toch weer een normaal gezond gewicht?'



Volwassenen en kinderen van Hindostaanse afkomst hebben een andere lichaamsbouw. De lichaamsbouw is slanker, de spieren zijn kleiner en er is meer vetmassa. De vetophoping vindt vooral plaats in de buikregio. Deze vetophoping in de buikregio geeft een grotere kans op het krijgen van suikerziekte.

De Body Mass Index, ook wel BMI genoemd, geeft een goede indicatie of er sprake is van overgewicht of juist van een prima gewicht.



$$BMI = \frac{\text{gewicht}}{\text{lengte} \times \text{lengte}}$$

Tabel met BMI-waarden voor ondergewicht en overgewicht bij Hindostaanse jongens			
Leeftijd	Ondergewicht	Overgewicht	Obesitas
4	12,7	15,7	16,3
4,5	12,6	15,6	16,2
5	12,4	15,5	16,2
5,5	12,4	15,5	16,3
6	12,3	15,6	16,4
6,5	12,3	15,7	16,6
7	12,4	15,9	16,8
7,5	12,4	16,2	17,1
8	12,6	16,4	17,5
8,5	12,7	16,8	17,9
9	12,8	17,1	18,2
9,5	13,0	17,4	18,7
10	13,1	17,8	19,1
10,5	13,3	18,2	19,5
11	13,5	18,5	20,0
11,5	13,6	18,9	20,4
12	13,8	19,3	20,8

Deze formule wordt gebruikt om de BMI te berekenen. Hierbij wordt het gewicht in kilogrammen genomen en de lengte in meters. Voor mensen van Hindostaanse afkomst zijn andere BMI waarden van toepassing. Voor volwassenen van Hindostaanse afkomst geldt dat er sprake is van overgewicht bij een BMI groter dan 23. Voor kinderen van Hindostaanse afkomst zijn de BMI waarden in de volgende tabellen te vinden.

Tabel met BMI-waarden voor ondergewicht en overgewicht bij Hindostaanse meisjes			
Leeftijd	Ondergewicht	Overgewicht	Obesitas
4	12,3	15,4	16,0
4,5	12,1	15,3	15,9
5	12,0	15,3	16,0
5,5	12,0	15,3	16,0
6	11,9	15,4	16,2
6,5	11,9	15,5	16,4
7	12,0	15,8	16,6
7,5	12,1	16,0	16,9
8	12,2	16,3	17,3
8,5	12,3	16,6	17,7
9	12,5	17,0	18,1
9,5	12,7	17,3	18,5
10	12,8	17,7	18,9
10,5	13,0	18,1	19,4
11	13,2	18,5	19,8
11,5	13,3	18,8	20,2
12	13,5	19,2	20,6

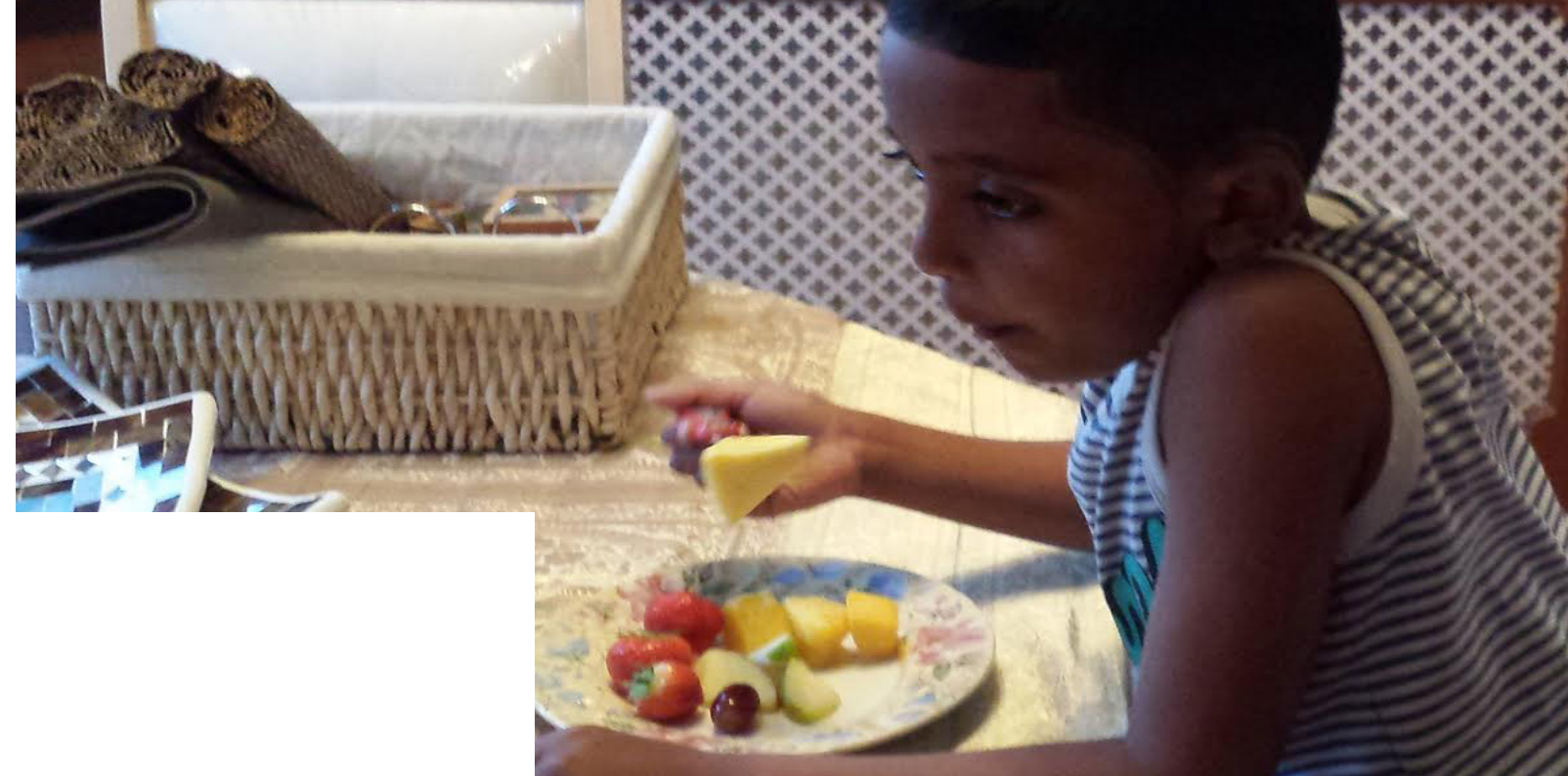
Voeding

Voeding speelt een belangrijke rol in het leven van opgroeiende kinderen. Als ouder bepaalt u het voedingspatroon van uw kind.

Door kinderen te vertellen over gezond eten en lekkere smaken, maar ook door ze te laten helpen met koken, kunnen kinderen later zelf beter kiezen voor gezond eten.

Opgroeiende kinderen kunnen zich beter concentreren op school en ook beter presteren op school als zij de juiste hoeveelheid en de juiste producten op het juiste tijdstip binnen krijgen. Voordat de school begint, moeten kinderen iets gegeten hebben. Door een ontbijt kunnen kinderen zich beter concentreren op school en kunnen zij betere cijfers halen.

In frisdrank en zoet vruchtensap zit veel suiker. Suiker zorgt ervoor dat kinderen sneller moe worden en zich minder goed kunnen concentreren op school. Verder kunnen kinderen dik worden van frisdrank. Laat kinderen daarom zo min mogelijk frisdrank drinken, maar geef ze veel water of thee zonder suiker. Water drinken zorgt ervoor dat kinderen zich beter kunnen concentreren en daardoor beter op kunnen letten op school. Door genoeg water te drinken worden kinderen ook niet zo snel moe.



'Nee, het is echt bewust eten, bewust opvoeden. Echt gewoon bewust worden van dingen hè'

'Wij moeten onze voeding aanpassen'



bewustwording voedingspatroon

Het 'eten' is een belangrijk onderdeel in de *Hindostaanse cultuur*. Over het algemeen worden veel koolhydraten gegeten en weinig groenten. De hoeveelheid klaargemaakt eten is aanzienlijk. De avondmaaltijd speelt hierbij een essentiële rol. Voor uw gezondheid en dat van uw kind is het van groot belang te letten op de **bereiding** van deze maaltijd en het aanbrengen van **variatie in de maaltijden**. Tevens is het belangrijk goed te letten op de **hoeveelheid** die u eet.

Voor een goed voedingspatroon is het volgende belangrijk:

- > gevarieerd eten
- > niet te veel eten
- > drie hoofdmaaltijden
- > ontbijten
- > maximaal 4 tussendoortjes

Weest u zich **bewust van het voedingspatroon** van uw kind.



Tip:
Gezonde traktatie



Mijn gezonde maaltijden

.....

.....

.....

.....

.....

.....

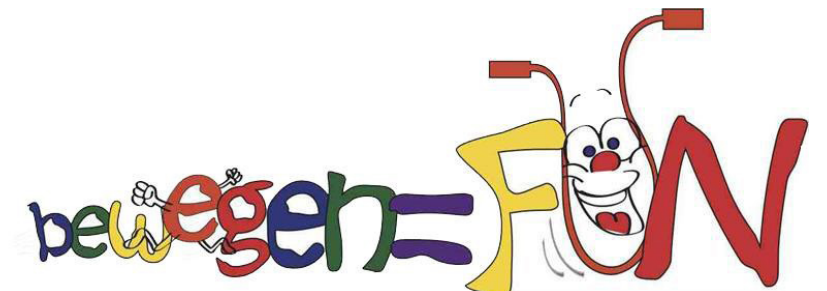
.....



Bewegen

Bewegen speelt ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van kinderen. Door voldoende beweging voelt uw kind zich fitter. Als kinderen regelmatig bewegen kunnen zij zich beter concentreren op school en kunnen zij ook beter leren. Kinderen die regelmatig bewegen halen hogere cijfers voor toetsen dan kinderen die niet bewegen. Verder is bewegen goed voor de gezondheid van kinderen en zorgt het ervoor dat zij meer zelfvertrouwen krijgen en ze zich prettiger voelen bij hun dagelijkse dingen. Voldoende bewegen betekent voor **een kind minimaal 60 minuten per dag bewegen**, waarbij het kind zich matig intensief lichamelijk inspant. Matig intensieve lichamelijke activiteit zorgt voor een verhoogde hartslag en een versnelde ademhaling.

15



Voor volwassenen en kinderen van Hindostaanse afkomst is regelmatig actief bezig zijn niet vanzelfsprekend. Voor alle kinderen geldt dat spelen en bewegen leuk is! Voor uw kind is **elke dag spelen en bewegen** belangrijk. Dat kan binnen in huis, maar ook buiten. Voorbeelden zijn: lekker rennen, springen, dansen of overgooien met een bal. Door samen iets te doen met andere ouders en hun kinderen stimuleert u elkaar tot actief bezig zijn.

‘Bijvoorbeeld dansen, dat is intensieve lichamelijke activiteit’

Steeds meer kinderen en volwassenen brengen een groot deel van hun dagelijks leven zittend door. Bij activiteiten met een laag energieverbruik in combinatie met een zittende of liggende houding (niet slapend) is sprake van **sedentair gedrag**. Voorbeelden zijn: televisie kijken, gamen of computeren. Sedentair gedrag verhoogt het risico op gezondheidsproblemen. Voor kinderen van 4- tot en met 11-jaar bestaat een internationale richtlijn: niet meer dan 2 uur per dag tv kijken, gamen of computeren in de vrije tijd.

‘Schoolkinderen moeten bewegen’

*Tip:
Algemeen advies voor
sedentair gedrag:
maximaal 2 uur per dag!*



Opvoeding

Als ouder bent u verantwoordelijk voor de *opvoeding* van uw kind. Kinderen leren door nadoen. Aangezien basisschoolkinderen de meeste tijd met hun familie doorbrengen, zijn ouders een groot voorbeeld voor hun kind. Het **voorbeeldgedrag** dat ouders aan hun kind laten zien is daarom heel belangrijk.

Het is het belangrijk dat ouders hun kind vertellen wat wel en niet mag. Neemt u als ouders hier de tijd voor en geef uw kind **positieve aandacht**. Als ouders **stelt u grenzen**, bijvoorbeeld niet meer dan 4 tussendoortjes per dag. Maar behalve dat ouders hun kind veel vertellen, is het nog belangrijker dat zij hun kind een goed voorbeeld geven. Als u als ouder gezond eet en voldoende beweegt, **stimuleert u uw kind** ook tot gezond eten en voldoende bewegen. **Structuur** aanbrengen in uw eetpatroon en beweegpatroon helpt u daarbij.



'Wij zijn zelf een slecht voorbeeld denk ik'

'Gezonde leefstijl is een stuk opvoeding. Want als ik mijzelf niet opvoed, mijzelf verander, dan geef ik dat niet mee aan mijn kind'



‘Gewoontes zijn natuurlijk ook meegegeven...’

Kinderen mogen best TV kijken, gamen of een computerspelletje spelen, alleen het advies voor basisschool kinderen is: **niet meer dan twee uur per dag**. Als uw kind per dag weinig energie verbruikt, wordt het lichaam hier een beetje lui van. Kinderen kunnen daardoor minder goed presteren, maar ook hebben zij kans op overgewicht. U als ouder bepaalt de regels en stelt grenzen. U bepaalt de hoeveelheid tijd die uw kind per dag besteedt aan TV kijken, gamen of computerspelletjes.

Ouders hoeven hun kinderen niet te verwennen met eten of drinken. Even samen spelen is veel leuker en gezonder!

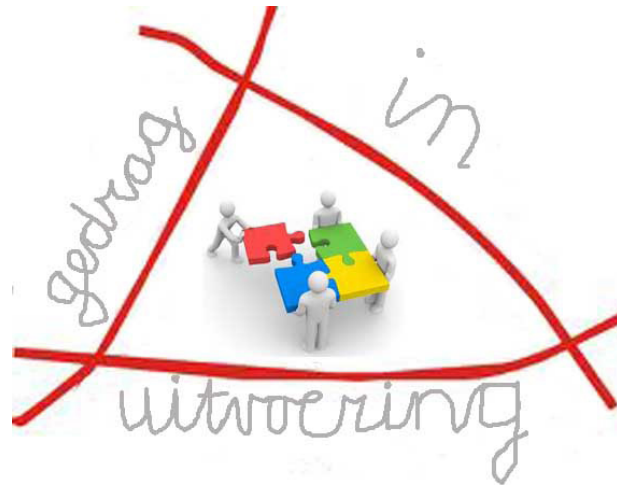
Voor vragen over opvoeding kunt u altijd terecht bij het opvoedsteunpunt van het Centrum voor Jeugd en Gezin bij u in de buurt.

Tips:

- 1. Geef zelf het goede voorbeeld*
- 2. Geef aandacht*
- 3. Praat met je kind*
- 4. Stimuleer je kind*
- 5. Biedt structuur*
- 6. Stel grenzen*

Gezonde leefstijl

Een gezonde leefstijl is zeer belangrijk voor een goede gezondheid. Factoren die te maken hebben met een gezonde leefstijl zijn: **voeding**, **bewegen** en **gewicht**. Als ouder bent u verantwoordelijk voor een gezonde leefstijl van uw kind. Een gezonde leefstijl voor uw kind betekent **bewust worden hoe u uw kind opvoedt**. Een gezonde leefstijl betekent **prioriteiten stellen**. Dit is in de Hindostaanse cultuur niet altijd even gemakkelijk. Bij mensen van Hindostaanse afkomst heeft een ongezonde(re) leefstijl vaak te maken met een ongezond voedingspatroon.





Mijn tips

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Leefstijlverandering is gedragsverandering.

Bewustwording van uw eigen leefstijl is in eerste instantie heel erg belangrijk. Een **andere leefstijl moet “eigen gemaakt” worden**. Het eigen maken van een andere leefstijl (gedragsverandering) is moeilijk voor iedereen. U als ouder moet het zelf eerst willen voor uzelf en voor uw kind. En dan moet u uzelf afvragen of u deze verandering alleen kunt uitvoeren, of dat u hulp nodig heeft.

Verandering van leefstijl is een leerproces. Samen met anderen hieraan werken maakt het vaak gemakkelijker. Elkaar ondersteunen en samen acties ondernemen is ook nog gezellig en leuk! Vaak heeft u elkaar ook nodig om dit proces vol te houden. U kunt onderling informatie uitwisselen over voeding en bewegen en elkaar tips geven. Schroom niet hulp van anderen voor te vragen voor deze leefstijlverandering. Met elkaar kunt u ‘sterk’ zijn en zorgen voor een goede gezondheid van uw kind!



‘Het gaat automatisch. Als jezelf een onbewuste leefstijl hebt, dan geef je dat ook door aan je kinderen’

Kip cashew (4 tot 6 personen)

Recepten ouders

Ingrediënten:

2 eetlepels wokolie
1 ui grof gesneden
2 teentjes knoflook (fijn gesneden)
¼ theelepel gemberpuree of 1 stuk verse gember (fijn gesneden)
½ rode paprika (grof gesneden)
½ gele/oranje paprika (grof gesneden)
½ groene paprika (grof gesneden)
1 broccoli (grote stukken)
300g sperziebonen (halve stukken)
1 stuk selderijknol (fijn gesneden)
2 stuks bosui (fijn gesneden)
600g kipfilet (dunne reepjes)
sojasaus: zoet, zout
2 eetlepels rijstwijn
1 eetlepel maizena (mengen met lauw water)
50g geroosterde cashewnoten
rode peper (in ringen gesneden en zonder zaadjes), komkommer, koriander of selderij

Bereiding (30-45 minuten):

Marineer de kip 10 minuten in sojasaus: zoet, zout, 2 eetlepels rijstwijn en de gember.

In een brede pan of wok de wokolie op hoog vuur goed heet laten worden. Voeg de uien, knoflook en gemarineerde kip toe en bak dit totdat het lichtbruin is. Voeg daarna de sperziebonen erbij en bak dit 5 minuten mee. Voeg even later de paprika, broccoli, en selderijknol toe en laat het geheel niet langer dan 7 tot 10 min bakken.

Meng in een aparte kom maizena, water, sojasaus: zoet, en zout, goed door en voeg dit aan de pan toe.

Doe als laatste wat bosuien en geroosterde cashewnoten erbij.

Garnering:

Stooi over het gerecht rode peper zonder zaadjes, komkommer en koriander of selderij om het plaatje af te maken.

Dit gerecht kan worden geserveerd met rijst, bami of noodles.

Eet smakelijk!



Een wereld van kleur (vegetarisch) (4 personen)

Ingrediënten:

1 eetlepel olijfolie
1 ui (fijn gesneden)
3 teentjes knoflook (fijn gesneden)
1 laurierblad
2 stuks piment
1 blik kikkererwten
½ stuk pompoen
1 courgette
1 aubergine
½ rode paprika, ½ gele paprika (in stukken gesneden)
1 broccoli (in roosjes)
12 stuks groenteballetjes van te voren gebakken en gemaakt van:
 groene erwten, ½ rode aardappel, 1 sneetje bruin brood, ½ blik mais en
 koriander
1 theelepel kurkuma
2 theelepels tomatenpuree
zout, witte peper, koriander of selderij



Bereiding (30-40 minuten):

Neem een ruime pan of tajine. Voeg olijfolie, ui, knoflook toe. Bak dit totdat het bruin is. Doe daarna het laurierblad en piment erbij in. Voeg even later het blik kikkererwten met sap toe en laat dit even koken. Doe kort daarna de pompoen en aubergine erbij en laat alles even sudderen. Als alles half gaar is, voeg dan de broccoli, courgette, rode en gele paprika toe. Als alles bijna zacht is, doe dan de groenteballetjes, kurkuma, tomatenpuree, zout, en peper erbij. Het geheel goed mengen.

Garnering:

Strooi fijngesneden koriander of selderij er bovenop.

Dit gerecht kan met rijst of couscous worden geserveerd of als soep worden gegeten.

Eet smakelijk!

Pompoen-wortel soep (2 tot 4 personen)

Ingrediënten:

1 eetlepel olijfolie
½ ui (fijn gesneden)
2 teentjes knoflook (fijn gesneden)
1 pompoen (fijn gesneden)
3 wortels (fijn gesneden)
1 eetlepel crème fraîche
zout
zwarte peper
geroosterde pijnboompitten
peterselie

Bereiding (30 minuten):

Doe de olijfolie, uien en knoflook in een pan en bak deze totdat de uien en knoflook lichtbruin zijn. Voeg daarna de pompoen en wortel toe. Laat het geheel goed doorkoken tot het helemaal zacht is. Pureer vervolgens het mengsel fijn met een staafmixer. Voeg daarna de crème fraîche, zout, en peper toe. Het geheel goed mengen met een lepel.

Garnering:

Geroosterde pijnboompitten, een scheutje crème fraîche en peterselie.

Dit gerecht kan worden geserveerd met stokbrood of toast.

Eet smakelijk!



Verder kijken

Hieronder staan *websites* waar u nog meer informatie kunt vinden.

www.voedingscentrum.nl

www.loketgezondleven.nl

www.gezondeschool.nl

www.schoolontbijt.nl

www.gavoorgezond.nl

www.nationaalkompas.nl

www.gezond24.nl

www.nisb.nl

www.cjgdenhaag.nl



Colofon

Dit informatieboekje is het innovatieproduct van het onderzoek in het kader van het afstuderen van Nelleke Jansen – Van Wijngaarden, kinderfysiotherapeute in het Erasmus MC- Sophia Kinderziekenhuis.

Zij heeft de Bachelor opleiding Pedagogiek gevolgd aan de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGD Haaglanden en heeft plaatsgevonden in samenwerking met ouders van de Shri Vishnu School in Den Haag.

De deelnemende ouders hebben aan dit boekje bijgedragen onder meer door het aanleveren van foto's en recepten.

Nelleke Jansen – van Wijngaarden

Juni 2014
