

Gezondheidsprofiel

Van kinderen van 4 tot 12 jaar die deelnemen aan de ALIKO-studie (AMPHI Lifestyle Interventions 4 Kids with Overweight)

Junior onderzoekers

*Rianne Hulsman (493277) & Mea Veens (477986)
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Voeding en Diëtetiek
Praktijkgericht onderzoek*

Oprichtgever

*AMPHI
Afdeling Integraal gezondheidsbeleid*

Praktijkbegeleider

Gerdine Fransen

Senior onderzoeker

Jenneke Saat

Begeleider

Guido van Schoor

Datum

20 januari 2015

Plaats

Nijmegen

Samenvatting

Dit artikel beschrijft het gezondheidsprofiel van kinderen tussen de 4 en 12 jaar die starten met één van de leefstijlinterventies die onderzocht worden binnen de ALIKO-studie.

Inleiding Overgewicht en obesitas bij kinderen verhoogt de kans op psychosociale problemen en ook op latere leeftijd voor verscheidene gezondheidsproblemen. Voor het reduceren van de prevalentie kinderen met overgewicht worden leefstijlinterventies uitgevoerd voor kinderen tussen de 4 en 19 jaar. Om te onderzoeken of deze interventies effectief zijn, welke zijn beschreven bij metingen en meetinstrument, vergelijkt de ALIKO-studie het gezondheidsprofiel van de deelnemende kinderen bij de start van de interventies met het einde.

Doel Om uiteindelijk inzicht te kunnen krijgen in de effectiviteit van de interventies wordt er een gezondheidsprofiel opgesteld van de deelnemende kinderen bij de start van één van de interventies.

Methode Het is een kwantitatief onderzoek met een cross sectioneel design. Het gezondheidsprofiel wordt opgesteld van 34 kinderen. Er is een vragenlijst opgesteld om de 0-meting uit te voeren. Een gezondheidsprofiel is een omschrijving van de volgende variabelen: karakteristieken van de kinderen en ouders, de ervaren gezondheid, voeding, beweging, motivatie en vertrouwen, omgeving, voedingsstijl, kwaliteit van leven en kennis.

Resultaten Volgens de interpretatie van de ouders is de algemene gezondheid van de meeste kinderen goed tot heel goed. De werkelijke BMI is van jongens 24,7 en van meisjes 21,7. Het meest gegeven antwoord op de vraag hoe vaak een kind een tussendoortje eet is elke dag. Voor groenten en fruit is het meest gegeven antwoord 100 gram en bij frisdranken is dit bijna nooit. Als er gekeken wordt naar sedentair gedrag blijkt uit de antwoorden dat dit door alle kinderen dagelijks wordt vertoont. Met betrekking tot het naleven van een gezondere leefstijl blijkt uit de antwoorden dat zowel de ouders als de kinderen grotendeels hierin vertrouwen hebben en gemotiveerd zijn.

Over het algemeen leeft de omgeving van de kinderen matig tot gezond wanneer er gekeken wordt naar voeding en beweging en blijkt uit de antwoorden dat de motivatie 'een beetje' tot 'veel' is, om het

desbetreffende kind hier ook toe te stimuleren. De voedingsstijl die de ouders het meeste hanteren is de democratische of autoritatieve voedingsstijl. Over het algemeen beoordelen de ouders de kwaliteit van leven van de kinderen goed. Van de 13 vragen is 66% goed beantwoord.

Conclusie Zowel de jongens als de meisjes hebben overgewicht/ernstig overgewicht, met uitzondering van één jongen. Gezondheid en overgewicht wordt door ouders niet direct aan elkaar gerelateerd. Met betrekking tot de tussendoortjes worden minder verantwoorde keuzes gemaakt, frisdrank wordt bijna nooit gedronken door de kinderen. Het grotendeel van de kinderen vertoont dagelijks sedentair gedrag, maar zij overschrijden niet de norm hiervan. De kans van slagen van de interventie neemt toe door de motivatie en het vertrouwen van zowel ouders als kinderen ten aanzien van voedings- en beweeggedrag. Door de leefstijl van de omgeving van het kind kan deze op het kind een positieve uitwerking hebben. De democratische of autoritatieve opvoedstijl is het meest wenselijk en deze wordt ook door het grotendeel van de ouders gehanteerd. Over het algemeen ervaart het kind een goede kwaliteit van leven en is de kennis van de ouders voldoende maar er is verbetering wenselijk.

Discussie Uit het onderzoek blijkt dat er kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij diverse onderdelen. Hierdoor zijn er wellicht minder betrouwbare uitkomsten weergegeven waaruit vervolgens conclusies zijn getrokken.

Introductie

Overgewicht en vooral ernstig overgewicht (obesitas) hangt samen met tal van chronische aandoeningen. Kinderen met overgewicht hebben een grote kans op glucose-intolerantie, verhoogde bloeddruk en hypercholesterolemie op latere leeftijd. Obese kinderen hebben daarbij een vergrote kans op hart- en vaatziekten. Kinderen met overgewicht hebben meer kans op een lage zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen.

Overgewicht is het resultaat van een verstoorde energiebalans: teveel energie-inname (voedsel) bij een te laag energieverbruik (lichamelijke activiteit). Bij het ontstaan van overgewicht spelen psychische en sociale factoren zoals emoties een rol. (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014)

Voor het reduceren van de prevalentie van kinderen met overgewicht, 23,8% voor jongens en 22,6% voor meisjes in 2013 en de mate van overgewicht, zijn er leefstijlinterventies (her)ontworpen door onder andere de GGD, voor kinderen tussen de leeftijd van 4 tot 19 jaar (The Lancet, 2013). Deze zijn beschreven bij metingen en meetinstrument. Vanuit de academische werkplaats AMPHI te Nijmegen wordt er langdurig onderzoek gedaan naar deze leefstijlinterventies. Dit in de vorm van de ALIKO-studie (Lifestyle Interventions 4 Kids with Overweight). De AMPHI is een samenwerkingsverband tussen meerdere GGD-en, gemeente Nijmegen en het Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde.

Met het bestuderen wil de AMPHI inzicht krijgen in de effectieve elementen van de interventies. Met dit inzicht kan er een bijdrage worden geleverd aan het verbeteren en daarnaast implementatie en borging op lange termijn (AMPHI).

In de vragenlijsten, die het effect in kaart brengen, is rekening gehouden met verschillende dimensies die in relatie staan met overgewicht. Om inzicht te krijgen is het nodig het gezondheidsprofiel van de deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie in kaart te brengen, bij zowel 0-meting als eindmeting. Het gezondheidsprofiel beschrijft de volgende variabelen: karakteristieken, gezondheid, voeding, beweging, motivatie en vertrouwen, omgeving, voedingsstijl, kwaliteit van leven en kennis.

Het I-Change model is gebruikt als uitgangspunt om de vragenlijsten op te stellen. Hierin staan alle persoonlijke gedragsdeterminanten en de fase van gedragsverandering die invloed uitoefenen op het gedrag (NISB). Ter aanvulling zijn vragen met betrekking tot kwaliteit van leven en opvoedstijl hieraan toegevoegd.

Dit artikel beschrijft het gezondheidsprofiel van de deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie van 4 tot 12 jaar op het moment van 0-meting.

Probleemanalyse

Er is geen gezondheidsprofiel aanwezig bij aanvang van de interventies waardoor er geen uitspraak kan worden gedaan over de gezondheid van deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie met overgewicht/obesitas van 4 tot 12 jaar aan de gecombineerde leefstijlinterventies (GLI's) in Nijmegen en omgeving. Het is onbekend in hoeverre de GLI's effectief zijn ten aanzien van voedings- en beweeggedrag.

Doelstelling

Binnen de stageperiode van 5 maanden een gezondheidsprofiel opstellen van de deelnemende kinderen met overgewicht/obesitas van 4 tot 12 jaar aan de GLI's in Nijmegen en omgeving.

Vraagstelling

Wat is het gezondheidsprofiel van de deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie op het moment van de 0-meting?

In het gezondheidsprofiel zullen de volgende deelvragen worden beantwoord:

1. Wat zijn de karakteristieken van de ouders en kinderen?
2. Wat is de gezondheid van de kinderen?
3. Wat is het voedingsgedrag van de kinderen?
4. Wat is het bewegingsgedrag van de kinderen?
5. Wat is de motivatie en het vertrouwen van de kinderen?

6. Wat is het voedings- en bewegingsgedrag van mensen uit de omgeving van het kind?
7. Wat is de meest gehanteerde voedingsstijl van de ouders?
8. Hoe is de kwaliteit van leven van de kinderen?
9. Hoeveel kennis hebben de ouders over voeding, beweging en overgewicht?

Materiaal en methode

De onderzoeksvraag is kwantitatief en het reeds lopende onderzoek is met behulp van vragenlijsten als meetinstrument uitgevoerd. Daardoor is er sprake van kwantitatief onderzoek (Rijksoverheid). De huidige onderzoekers verzamelen de benodigde data om tot het gezondheidsprofiel te komen.

Design

Het design is een cross sectioneel onderzoek. In een cross sectioneel onderzoek worden alle gegevens tegelijkertijd verzameld. Zowel de bepaling van de uitkomstmaat als de aanwezigheid van eventuele risicofactoren worden op één moment in de tijd gemeten (Aartman & van Loveren, 2007). In het huidige onderzoek worden de deelnemende kinderen aan de GLI's twee jaar lang gevolgd. De effectiviteit van de GLI's kan vervolgens worden bepaald door het gezondheidsprofiel op basis van de 0-meting te vergelijken met de eindmeting.

Deelnemers

Er zijn 34 kinderen die deelnemen aan de ALIKO-studie. Deze kinderen hebben overgewicht/ernstig overgewicht en zijn tussen de 4 en 12 jaar. De ouders spelen in de gezondheid van deze doelgroep een grote rol. De vragenlijsten worden bij deze groep alleen bij de ouders afgenomen. De reden hiervan is dat deze groep te jong is om antwoorden te geven op vragen die noodzakelijk zijn voor een betrouwbaar gezondheidsprofiel. De keuze om mee te doen aan de ALIKO-studie is geheel vrijblijvend. Voordat de GLI's starten krijgen de ouders tijdens een intake gesprek de optie om hier aan mee te werken. Het eerste contact tussen de onderzoekers en de ouders en kinderen is tijdens een bijeenkomst waar de eerste vragenlijsten worden afgenomen. Bij de volgende metingen is er de mogelijkheid de

vragenlijsten te ontvangen via de post, email en/of deze telefonisch af te nemen.

Metingen en meetinstrument

Er wordt met vragenlijsten gewerkt die door studenten zijn ontwikkeld die eerder aan de ALIKO-studie hebben gewerkt. Er is reeds bekend welke variabelen van invloed zijn op het hebben/ontstaan van overgewicht/ernstig overgewicht (bijvoorbeeld het voedingsgedrag) en op welke manieren deze invloed hebben (bijvoorbeeld ongezonde voeding). Daarom hebben bestaande vragenlijsten, waar veel van deze variabelen geoperationaliseerd zijn in indicatoren, de basis gevormd voor het meetinstrument. Daarbij is verder achterhaald welke indicatoren het meest van belang zijn die uiteindelijk tot een definitief instrumentarium hebben geleid (van Sambeek & van de Spreng, 2014).

De 0-meting wordt uitgevoerd met behulp van de vragenlijst voor de ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar, welke bestaat uit 129 items (vragen). Deze kan worden onderverdeeld in de hoofddimensies: Algemeen, Voeding, Opvoeding, Beweging, Kwaliteit van Leven. De instrumenten zijn beschikbaar in het Nederlands. De vragen zijn gesloten. De validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst is erkend (van Sambeek & van de Spreng, 2014).

De deelnemende GLI's aan de ALIKO-studie zijn:

- Beweeg je fit (Hatert, Lindenholt, Nijmegen-West)
- Door Dik en Dun (Culemborg, Lienden, Tiel)
- GO! Gezond onderweg (Arnhem, Malburgen)
- Lekker in je lijf (Huissen)
- KOALA (Oosterhout)

Het moment van de 0-meting is voor iedere GLI verschillend omdat elke GLI op een ander moment start.

Analyse

De analyse van de gegevens wordt met behulp van SPSS uitgevoerd. Met behulp van de dataset wordt er

beschrijvende statistiek uitgevoerd en worden de gegevens gepresenteerd. Vervolgens kan er uitspraak worden gedaan over het gezondheidsprofiel van de deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie op het moment van 0-meting.

Resultaten

Karakteristieken

Tabel 1. Karakteristieken van de deelnemende kinderen en ouders tijdens 0-meting

| | |
|---|--------------------------------------|
| Totaal | 34 |
| Jongen | 15 |
| Meisje | 19 |
| Leeftijd (gemiddelde, spreiding) | 10,17 (5) |
| BMI (gemiddelde, spreiding) | |
| Jongens | 24,7 kg/m ² (16,8 - 33,0) |
| Meisjes | 21,7 kg/m ² (19,5 - 23,8) |
| Geboren in | |
| Nederland | 32 |
| Overig ¹ | 2 |
| Opleiding moeder | |
| Laag opgeleid ² | 7 |
| Middelbaar opgeleid ³ | 17 |
| Hoog opgeleid ⁴ | 10 |
| Geboren in | |
| Nederland | 27 |
| Overig ¹ | 7 |
| Opleiding vader | |
| Laag opgeleid ² | 14 |
| Middelbaar opgeleid ³ | 12 |
| Hoog opgeleid ⁴ | 8 |
| Geboren in | |
| Nederland | 23 |
| Overig ¹ | 11 |

¹ Overig staat voor Suriname, Turkije, Marokko en andere

² Laag opgeleid staat voor: geen opleiding (lagere school niet afgemaakt); basisonderwijs (lagere school, speciaal basisonderwijs); lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO);

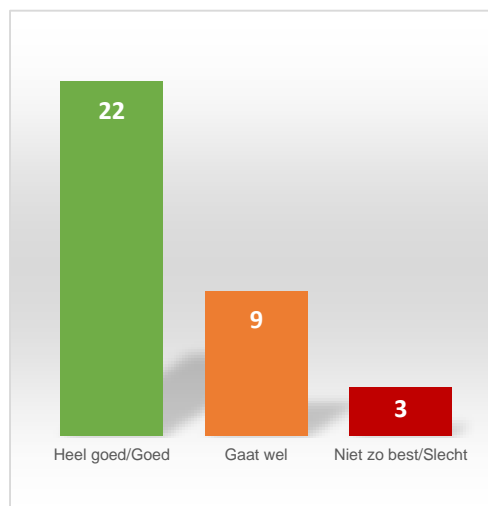
³ Middelbaar opgeleid staat voor: middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg); Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)

⁴ Hoger opgeleid staat voor: hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS); hoger beroepsonderwijs (zoals HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs); wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

De BMI van de jongens is gemiddeld 24,7 kg/m², van de meisjes is dit 21,7 kg/m². Dit betekent dat 5 jongens overgewicht, 3 jongens ernstig overgewicht, 4 meisjes overgewicht hebben en 1 jongen een gezond gewicht heeft. Van de 34 kinderen die deelnemen zijn er 32 geboren in Nederland. Als er wordt gekeken naar het opleidingsniveau van de moeder blijkt dat het grotendeel middelbaar is opgeleid, in totaal 17. Er zijn 27 moeders in Nederland geboren. Het opleidingsniveau van de vader is grotendeels laag, in totaal 14. Er zijn 23 vaders in Nederland geboren.

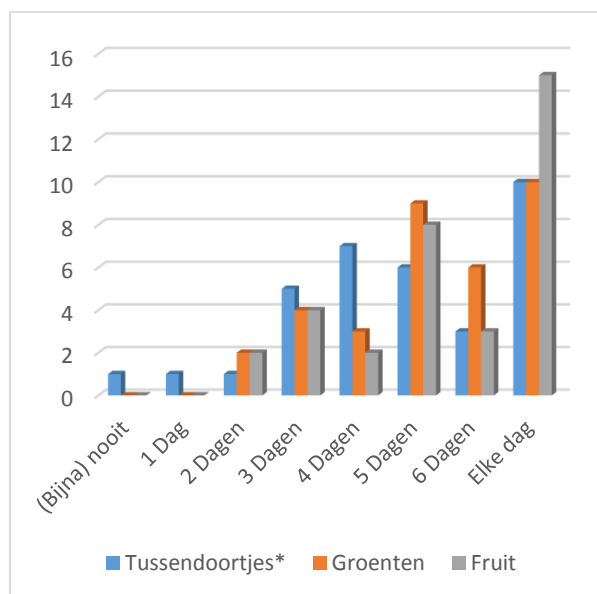
Gezondheid

22 ouders beoordelen de algemene gezondheid van het kind 'heel goed/goed' (figuur 1).



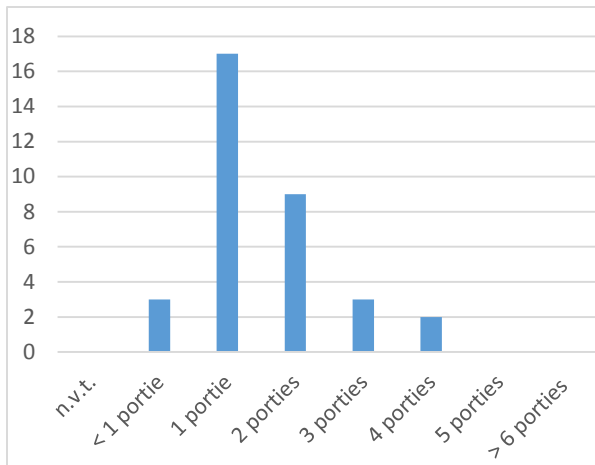
Figuur 1. Algemene gezondheid van het kind volgens de ouders in aantallen.

Voedingsgedrag

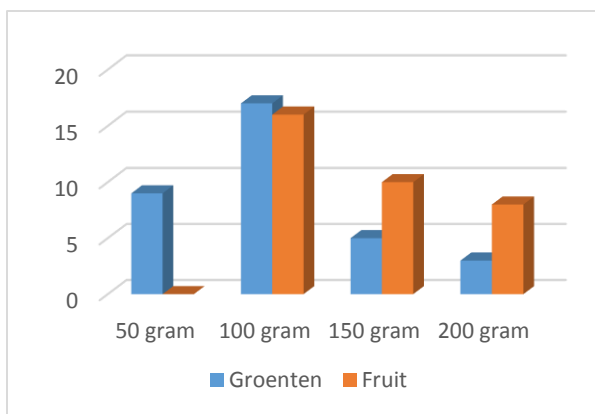


Figuur 2 geeft weer hoeveel dagen de kinderen tussendoortjes nuttigen, groenten eten en fruit eten.

* Onder tussendoortjes worden snacks, snoep en lichte tussendoortjes verstaan (sultana, crackers etc).

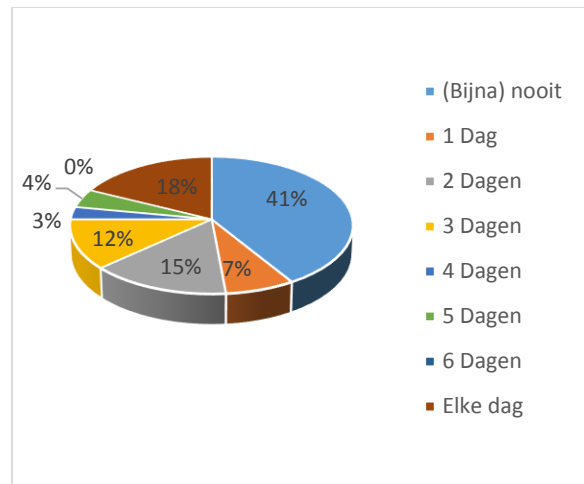


Figuur 3 geeft het aantal kinderen weer en de hoeveelheid porties tussendoortjes per dag.



Figuur 4 geeft de hoeveelheid groenten en fruit weer in grammen op de dagen dat de kinderen dit consumeren.

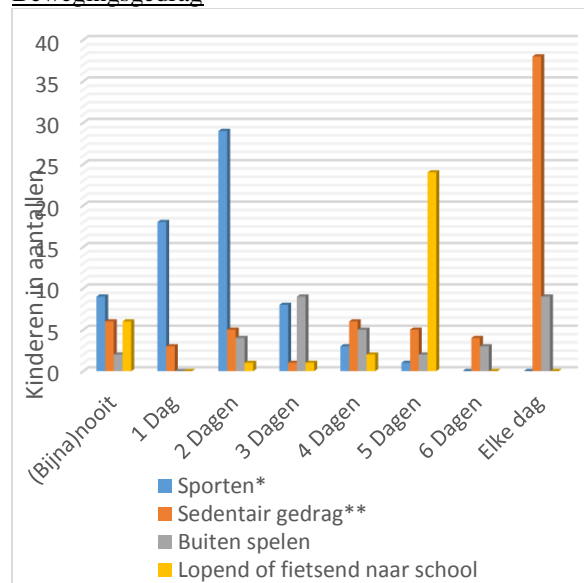
Figuur 2 laat zien dat 15 kinderen elke dag fruit eten, 10 kinderen elke dag groenten eten en 10 kinderen elke dag een tussendoortje nuttigen. Op de dagen dat het wordt gegeten, wordt er van de tussendoortjes door 17 kinderen één portie genuttigd (figuur 3). Door 16 kinderen wordt er een hoeveelheid van 100 gram groenten geconsumeerd en door 15 kinderen 100 gram fruit (figuur 4).



Figuur 5 geeft weer hoeveel dagen per week de kinderen gewone frisdranken drinken en vruchtensappen. Onder gewone frisdranken worden dranken verstaan zowel met als zonder prik en sportdrankjes.

41% van de kinderen drinkt bijna nooit frisdranken (figuur 5). Wanneer er wordt gevraagd naar de hoeveelheid glazen die gedronken worden van frisdranken en vruchtensappen geeft 49% van de ondervraagden aan dat ze 1-2 glazen per dag drinken, 7% 3-4 glazen, en 44% nooit.

Bewegingsgedrag



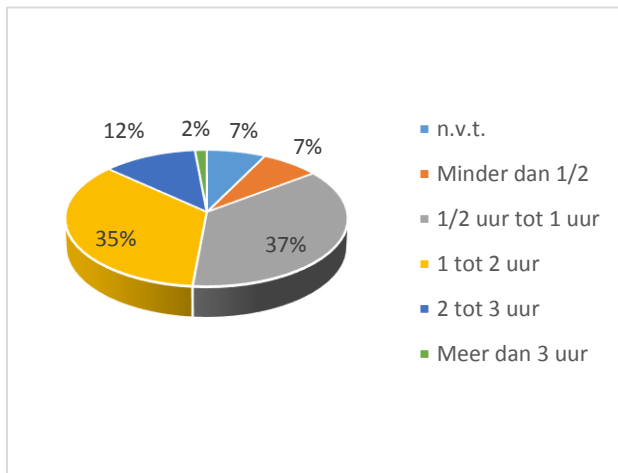
Figuur 6 geeft weer hoeveel dagen van de week de kinderen bepaald bewegingsgedrag vertonen.

*Onder sporten valt sporten bij een sportvereniging en/of sportschool en het sporten op school.

**Onder sedentair gedrag wordt verstaan het werken of spelen achter een pc, tablet, spelcomputer en/of mobiele telefoon en tv kijken.

Figuur 6 laat duidelijk zien dat de meeste kinderen elke dag sedentair gedrag vertonen, namelijk 55%. Ook laat het figuur zien dat 44% van de kinderen twee dagen in de week sport bij een vereniging of op

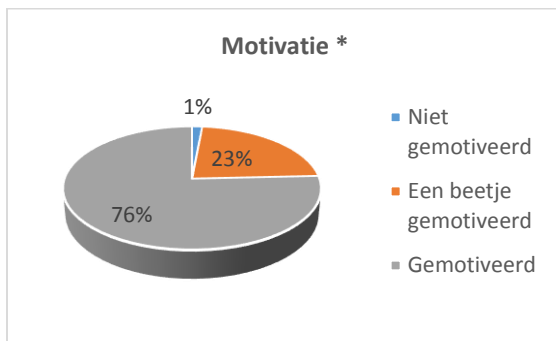
school en dat de meeste elke schooldag lopend of fietsend naar school gaan, namelijk 70%.



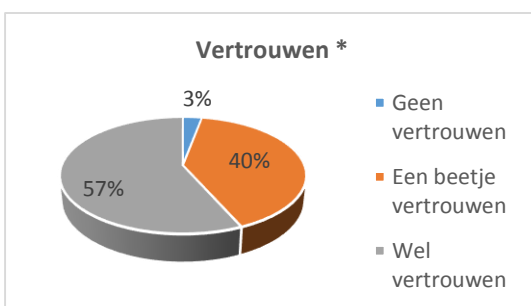
Figuur 7 geeft weer hoelang de kinderen per dag bezig zijn met sedentair gedrag (werken of spelen achter een pc, tablet, spelcomputer en/of mobiele telefoon en tv kijken).

Omdat het sedentaire gedrag elke dag terug komt bij de meeste kinderen is deze verder uitgewerkt in figuur 7. Deze geeft aan dat de 37% tussen de 1/2 tot 1 uur en 35% 1 tot 2 uur per dag bezig is met sedentair gedrag.

Motivatie en vertrouwen



Figuur 8 Motivatie van kind en ouder voor gezonder gedrag
* De volgende vragen hebben betrekking op bovenstaand
In hoeverre bent u gemotiveerd om uw kind te stimuleren om meer te gaan of blijven bewegen?; In hoeverre bent u gemotiveerd om uw kind te stimuleren om gezonder te gaan of blijven eten?; In hoeverre is uw kind gemotiveerd om meer te gaan of blijven bewegen?; In hoeverre is uw kind gemotiveerd gezonder te gaan of blijven eten?



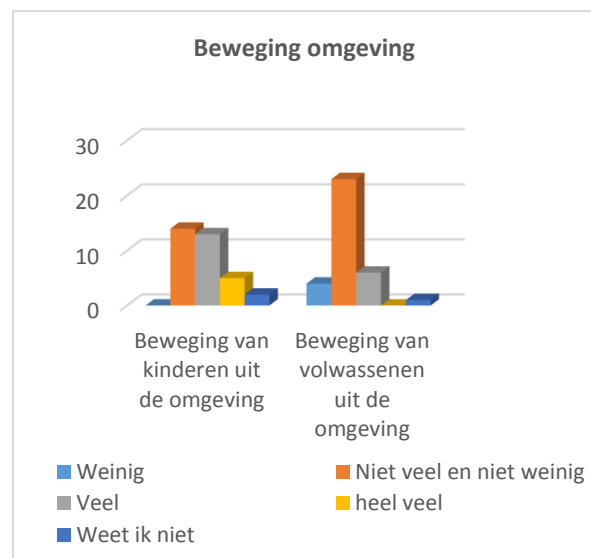
Figuur 9 Vertrouwen van kind en ouder voor gezonder gedrag

*De volgende vragen hebben betrekking op bovenstaand figuur en komen voort uit de vragen van figuur 7: In hoeverre heeft u er vertrouwen in dat u uw kind stimuleert om meer te gaan of blijven bewegen?; In hoeverre heeft u er vertrouwen in dat u er in gaat slagen u kind te motiveren om gezonder te gaan of blijven eten?; In hoeverre heeft uw kind er vertrouwen in dat hij/zij er in gaat slagen om gezonder te gaan of blijven eten?; In hoeverre heeft uw kind er vertrouwen in dat hij/zij er in slaagt om gezonder te gaan of te blijven eten?

Figuur 8 en 9 geven de motivatie en het vertrouwen weer van zowel kind als ouder voor gezonder gedrag. 76% van de ouders en kinderen zijn gemotiveerd gezonder te leven en 57% heeft er vertrouwen in hier ook in te slagen.

Er zijn twee vragen gesteld aan de ouders met betrekking tot welke mate ze het goed of slecht vinden voor het kind om gezonder te leven, dus meer te gaan bewegen en gezonder te gaan eten. Merendeel van de ouders vindt dit heel goed, namelijk 51 %.

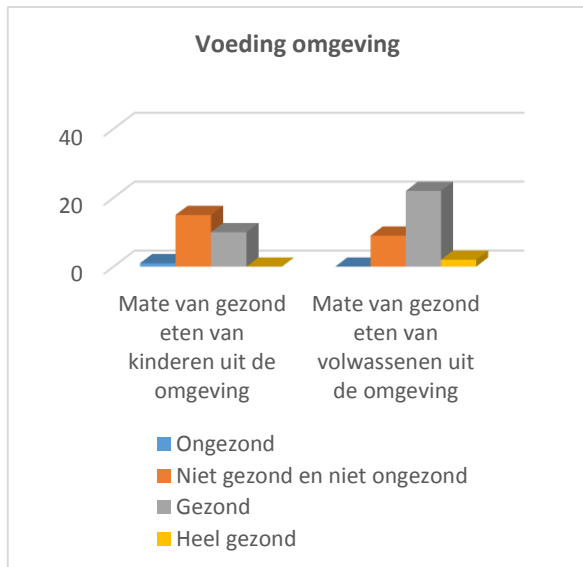
Of het kind het volgens de ouders als prettig ervaart om gezonder te leven, is ook onderverdeeld in gezond eten en meer bewegen. Merendeel van de ouders denkt dat het kind het prettig vindt, namelijk 51%.



Omgeving

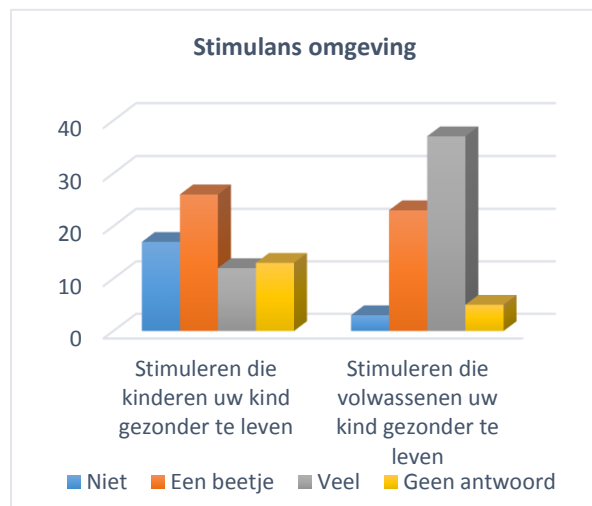
Figuur 10 geeft de inschatting weer van de ouders in welke mate de kinderen en volwassenen uit de omgeving van het kind bewegen. Denk hierbij aan bijvoorbeeld klasgenootjes, buurtkinderen, vriendjes/vriendinnetjes, neefjes/nichtjes en bij volwassenen aan leerkrachten, oppas of ooms/tantes.

Figuur 10 laat zien dat volwassenen in de omgeving van 23 kinderen niet veel en niet weinig bewegen. Van 14 kinderen bewegen de kinderen in de omgeving niet veel en niet weinig en van 13 kinderen bewegen te kinderen in de omgeving veel.



Figuur 11 geeft de inschatting van de ouders weer in welke mate de kinderen en de volwassenen uit de omgeving gezond eten.

Figuur 11 laat zien dat volwassenen in de omgeving van 20 kinderen gezond eten, de kinderen in de omgeving van 10 kinderen eten gezond en van 15 kinderen eten niet gezond en niet ongezond.



Figuur 12 geeft weer in hoeverre de ouders inschatten in welke mate deze personen het kind stimuleren om gezonder te leven (meer bewegen en gezonder eten).

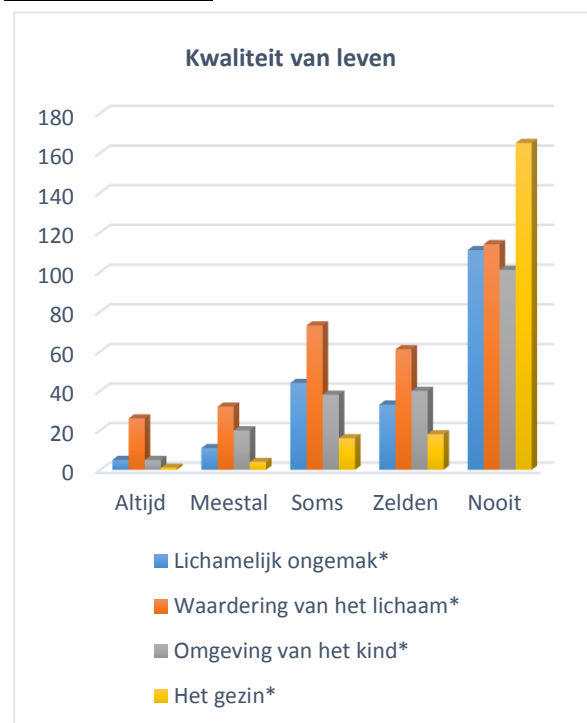
Het stimuleren van gezonder leven wordt bij 56 % van de kinderen door de volwassenen in de omgeving veel gedaan en bij 35% van de kinderen een beetje. Door 41% van de kinderen uit de omgeving wordt gezonder leven een beetje gestimuleerd en bij 25% kinderen niet (figuur 12)

Voedingsstijl

Aan de hand van 27 vragen is er beeld gevormd van de voedingsstijlen van de ouders. De twee stijlen die het meeste gehanteerd worden door de ouders zijn de democratische of autoritatieve voedingsstijl (hoog

controle – hoge responsiviteit) en de autoritaire voedingsstijl (hoge controle – lage responsiviteit). Als hoogste wordt er gescoord op de democratische of autoritatieve voedingsstijl, hierbij zijn ouders enerzijds bezorgd over de voedselinname van hun kind en zullen zij trachten hen te stimuleren gezonde voeding te consumeren; anderzijds laten zij ook enige keuzeruimte uit respect voor de persoonlijke smaakvoorkeuren van het kind. De autoritaire voedingsstijl wordt gekarakteriseerd door de overmatige controle om het eetgedrag van kinderen te reguleren en waarbij weinig rekening wordt gehouden met de wensen en eigen voorkeuren van het kind. Ze gaan hierbij vooral straffend en weinig responsief te werk. De toegeeflijke (lage controle - hoge responsiviteit) en de verwaarlozende voedingsstijl (lage controle - lage responsiviteit) komen nauwelijks voor (universiteit Gent 2011-2012).

Kwaliteit van leven



Figuur 13

*Vragen bij het aspect lichamelijk ongemak gaan over: het vermijden van traplopen; moeite hebben met bukken, veterstrikken of iets van de grond rapen; moeite hebben met voort bewegen; niet passen in stoelen van openbare gelegenheden; pijn in enkels en knieën; moeite hebben met de benen over elkaar slaan.

*Vragen bij het aspect waardering van het lichaam gaan over: schamen voor het lichaam; hekel hebben aan zichzelf; vermijden van kijken in spiegels en naar foto's; moeite hebben met het geloven van complimenten; het hebben van weinig zelfvertrouwen; vermijden van activiteiten waar een korte broek of zwemkleding gedragen wordt; moeite hebben met kopen van kleding; hekel hebben aan omkleden in het bijzijn van anderen; het schamen om iets voor te doen op school.

*Vragen bij het aspect omgeving van het kind gaan over: het plagen en maken van grapjes over het kind; het praten achter zijn/haar rug om; het vermijden van zijn/haar gezelschap; nastaren; moeite hebben met het maken en behouden van vrienden; of de omgeving denkt dat het kind niet erg slim is.

*Vragen bij het aspect het gezin gaan over: of er anders omgegaan wordt met het desbetreffende kind door gezinsleden; of er over hem/haar gepraat wordt achter zijn/haar

rug; of het buitengesloten wordt; of de ouders niet trots zijn; of er grapjes over hem/haar gemaakt worden en of ze wel/niet met het kind gezien willen worden.

Het grotendeel van de kinderen ervaart nooit lichamelijk ongemak, heeft geen negatieve waardering over zijn of haar lichaam, heeft geen sociale problemen en wordt door het gezin niet anders behandeld (figuur 13)

Kennis

In het gedeelte kennis worden er 13 vragen gesteld, onderverdeeld in voeding, beweging en risico's bij overgewicht. 66% van deze vragen zijn goed beantwoord door de ouders. De meeste juiste antwoorden zaten in het gedeelte van de risico's en de minste in het gedeelte over beweging.

Conclusie

Uit de karakteristieken kan geconcludeerd worden dat de moeders van de kinderen hoger opgeleid zijn dan de vaders. Omdat het grotendeel van de moeders hoger is opgeleid, is te verwachten dat deze moeders over het niveau beschikken om het belang in te zien van een gezonde levensstijl. Wat betreft BMI kan er geconcludeerd worden dat zowel jongens als meisjes overgewicht/ernstig overgewicht hebben, met uitzondering van één jongen (Voedingscentrum).

Het grotendeel van de ouders beschrijft de algemene gezondheid van het kind als 'heel goed/goed'. Dit kan worden gekenmerkt als een opvallende uitkomst aangezien alle kinderen overgewicht/obesitas hebben, met uitzondering van één jongen. Hieruit kan blijken dat deze ouders geen relatie zien tussen gezondheid en overgewicht.

Aangezien het grotendeel van de kinderen dagelijks wel één portie tussendoortjes nuttig en minder groenten en fruit eten dan aanbevolen, worden er minder verantwoorde keuzes gemaakt en dit kan bijdragen aan een verhoogde kans op overgewicht (Voedingscentrum).

Het grotendeel van de kinderen drinkt bijna nooit frisdrank, maar als ze frisdrank drinken dan drinkt het grotendeel één tot twee glazen per dag. Aangezien in frisdrank suiker zit kan een teveel hiervan bijdragen aan het ontstaan van overgewicht (JOGG).

Het grotendeel van de kinderen besteedt dagelijks een ½ uur tot 2 uur aan sedentair gedrag. Sedentair gedrag verhoogt het risico op ziekte en sterfte onafhankelijk van de hoeveelheid lichaamsbeweging die iemand heeft. Volgens de norm sedentair gedrag

mogen kinderen en jongeren van 4-17 jaar in hun vrije tijd niet langer dan twee uur per dag besteden aan televisie/dvd kijken en computeren(NISB). Dit betekent dat de kinderen deze norm niet overschrijden.

Doordat de motivatie en het vertrouwen van ouders en kinderen ten aanzien van gezond voedings- en beweggedrag groot is, neemt de kans toe dat de kinderen een gezond voedings- en beweegpatroon zullen toepassen en handhaven. Hierdoor neemt de kans van slagen van de interventie toe.

Voornamelijk de volwassenen uit de omgeving van het kind hanteren een gezond voedingspatroon en stimuleren het kind tot gezonder leven. Voornamelijk de kinderen in de omgeving bewegen meer. Hieruit blijkt dat de omgeving een positieve invloed kan hebben op het kind met betrekking tot een gezond(er) leefpatroon. De sociaal-culturele omgeving beïnvloedt het eet- en beweggedrag. Mensen in de omgeving hebben invloed doordat zij zich met elkaar identificeren (nationaalkompas 2013).

Het grotendeel van de ouders hanteert een democratische of autoritatieve opvoedstijl. Dit betekent dat de consumptie van voedingsmiddelen in overleg gaat op basis van redeneren, maar dat er ook controle wordt uitgeoefend op het kind. Deze opvoedstijl lijkt het meest wenselijk mede doordat het leidt tot een hoog gevoel van eigenwaarde bij het kind (NJI).

Bij kwaliteit van leven ondervindt het grotendeel van de kinderen nooit lichamelijk ongemak, heeft geen negatieve waardering over zijn of haar lichaam, heeft geen sociale problemen en wordt door het gezin niet anders behandeld. Dit is een opvallende uitkomst aangezien bekend is dat overgewicht vaak de kwaliteit van leven verminderd (NFU).

Uit de kennisvragen is naar voren gekomen dat de ouders over voldoende kennis beschikken. Gezien het percentage van 66% goed beantwoorde vragen van de in totaal 13 vragen, kan de kennis van de ouders nog worden vergroot.

Discussie

Bij één jongen van de deelnemende kinderen aan de ALIKO-studie is bij de 0-meting een gezond BMI vastgesteld. Aangezien overgewicht/ernstig overgewicht een voorwaarde is om deel te kunnen nemen aan één van de GLI's, kan in twijfel worden getrokken of de metingen correct zijn uitgevoerd en

kan er worden afgevraagd wat de reden is dat deze jongen wel deelneemt. Het opmeten van de lengte en het vaststellen van het gewicht bij de kinderen om vervolgens de BMI te kunnen berekenen, is door verschillende diëtisten uitgevoerd. Hierdoor is er een kans dat de diëtisten de meting elk op eigen wijze hebben uitgevoerd.

Er kan verwarring opgetreden zijn bij de ouders door de manier van vraagstelling in de vragenlijsten. Een voorbeeld hiervan is de vraag: Welk soort vet is het minst gezond? Bij het afnemen van de vragenlijsten viel op dat deze vraag meerdere malen verkeerd geïnterpreteerd werd. In sommige gevallen werd het tegenovergestelde antwoord gegeven dan de bedoeling was. Bij het mondeling afnemen van de vragenlijsten kan er toelichting gegeven worden bij desbetreffende vraag voor verduidelijking. Echter bij het zelfstandig invullen van de vragenlijsten door de ouders is die mogelijkheid er niet. Doordat het niet haalbaar is alle vragenlijsten gezamenlijk met de onderzoekers in te vullen, wordt aanbevolen de vragen die zorgen voor verwarring uit te sluiten met behulp van een pre-test.

Door de grootte van de vragenlijst (129 vragen) bestaat de kans dat de ouders het einde van de vragenlijst met minder aandacht hebben ingevuld. Ook hebben zowel het schriftelijk afnemen als het mondeling afnemen van de vragenlijsten voor- en nadelen. Bij het mondeling afnemen is dit voornamelijk de kans op sociaal-wenselijke antwoorden. Bij het schriftelijk afnemen van de vragenlijsten kan er niet worden doorgevraagd zodat een vraag wellicht onduidelijk blijft voor de respondent (Rijksoverheid). Bij het schriftelijk invullen van de vragenlijsten zijn er door ouders bij enkele vragen twee antwoorden aangekruist. Bij het digitaliseren van de vragenlijsten is de mogelijkheid er niet om twee antwoorden in te vullen waardoor het discutabel is of de antwoorden die digitaal zijn ingevoerd door de onderzoekers, overeenkomen met de antwoorden die de ouders gegeven hebben. Hierdoor kunnen de resultaten zijn beïnvloedt.

Door verschillende redenen zijn niet alle vragenlijsten voor de start van de interventie ingevuld, maar op een later moment tijdens de interventie. Dit geeft een minder betrouwbaar beeld van de 0-meting waarop het gezondheidsprofiel is gebaseerd.

Er is bij het onderdeel Voeding bij de keuzemogelijkheid op de vraag hoeveel dranken per week de kinderen drinken, geen optie opgenomen voor koffie of thee met suiker. Als deze optie wel zou zijn meegenomen dan had er een beter beeld gevormd kunnen worden over de inname van dranken die suiker bevatten. Een te hoge inname kan bijdragen aan het ontstaan van overgewicht (JOGG).

Bij het onderdeel Beweging is als keuzemogelijkheid gegeven bij de vraag hoeveel dagen per week het kind gemiddeld lopend of fietsend naar school gaat. Hierbij is een van de keuzemogelijkheid elke dag. Een aantal respondenten heeft dit ingevuld. Dit is in de praktijk niet realistisch aangezien kinderen niet alle dagen van de week naar school gaan. Bij het verwerken van de gegevens is elke dag als vijf dagen verwerkt.

Het aantal uur beweging is niet meegenomen in de resultaten. Hierdoor kan niet met zekerheid worden gezegd of de kinderen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoen. Hierin moeten kinderen tenminste vijf dagen per week tenminste 60 minuten per dag matig intensief bewegen. Aangezien het grotendeel vijf dagen in de week lopend of fietsend naar school gaat en twee keer per week sport zal waarschijnlijk met de overige beweging die de kinderen krijgen een gedeelte van de kinderen aan de NNGB voldoen (NISB).

Er zijn 34 kinderen die deelnemen aan het onderzoek. Bij een grotere onderzoeksgroep zou er een representatiever gezondheidsprofiel kunnen worden opgesteld waardoor er betrouwbaardere conclusies kunnen worden getrokken.

Door deze discussiepunten kan de validiteit in twijfel worden getrokken van dit onderzoek.

Literatuurlijst

Aartman, I.H.A., C. van Loveren, C. van. (2007). *Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence*. Gedownload op 15 januari 2015, van, <http://www.ntvt.nl/artikel/114/4/onderzoeksontwerpen-en-de-ladder-van-evidence>

AMPHI: *academische werkplaats*. (z.d). Geraadpleegd op 28 september 2014, van <http://www.academischewerkplaatsamphi.nl/nl-NL/Over-Amphi.aspx>

Baarda, B. (2014). *Basisboek statistiek in stappen*. Noordhoff Uitgevers B.V

Dee & Maan. (2014). *Rapport de succesfactoren van gecombineerde leefstijlinterventies bij kinderen van 4 t/m 18 jaar met overgewicht en/of obesitas*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Dee & Maan (2014). *Rapport Ontwikkeling van de vragenlijsten voor de ALIKO-studie. Studie naar de effectiviteit en doelmatigheid van gecombineerde leefstijl interventies voor kinderen van 4 t/m 18 jaar met overgewicht en/of obesitas*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Gemeente Nijmegen: *Nijmegen*. (z.d.). Geraadpleegd op 28 oktober 2014, van <http://www.nijmegen.nl/>

GGD: GGD Gelderland Zuid. (z.d). Geraadpleegd op 12 januari 2015, van <http://www.ggd gelderland zuid.nl/>

Hoedenaghe, V. van. (2012). *Zijn voedingsstijlen en –strategieën gezinsspecifiek of kindspecifiek?* (master-proefschrift). Gent: Universiteit Gent.

Jongeren op gezond gewicht: Maak water drinken gemakkelijk en aantrekkelijk. (z.d). Geraadpleegd op 25 oktober 2014, van http://www.jogg.nl/drinkwater/faq#faq_ch_3

Kist-van Holthe, J.E., Beltman, M., Bulk-Bunschoten, A.M.W., L'Hoir, M., Kuijpers, T., Pijpers, F., Renders, C.M., Timmermans-Leenders, E.P., Blok, D-I.J., Van de Veer, M., HiraSing, R.A. (2012, mei). *Overgewicht, preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar*. Gedownload op 3 oktober 2014, van http://www.nji.nl/nl/JGZ-richtlijn_Overgewicht_def11.pdf

Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra: *Overgewicht bij kinderen en jongeren (azM)*. (z.d.) Geraadpleegd op 8 december 2014, van, <http://www.nfu.nl/trf/index.php?id=9&hoofdstuk=4&trf=771>

Nederlands instituut voor Sport & Beweging. (z.d.). *I-change model*. Geraadpleegd op 9 oktober 2014, van, <http://www.nisb.nl/weten/kennisgebieden/beweegegedrag-veranderen/bewust-kiezen/i-change-model.html>

Nederlands Jeugd Instituut. *Opvoedstijlen*. Geraadpleegd op 7 januari 2015, van <http://www.nji.nl/Achtergronden-Opvoedstijlen>

PhD, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson B., Graetz, N., Margono, C., Mullany E.C., Biryukov, S. (2013). *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013*. Geraadpleegd op 19 januari 2015, van [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/abstract)

Rijksoverheid. (z.d.) *Kwantitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 10 november 2014, van, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/communicatieonderzoek/kwantitatief-onderzoek>

Van Sambeek & van de Spreng. (2014). *Rapport Ontwikkeling van een instrumentarium voor de effectmeting van het behandelprogramma 'Overgewicht en Obesitas' in Malburgen*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Verhoeven, N. (2013). *Statistiek in stappen*. Boom Lemma uitgevers.

Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van., Zantinge, E.M. (2013, 25 september) *Overgewicht samengevat*.

Geraadpleegd op 5 november 2014, van

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-samengevat/>