

Het B.Slim project in een prioriteitswijk van Amersfoort

Een determinantenonderzoek naar de gedragsintenties van ouders en de evaluatie van de bijdrage van het B.Slim project ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen

Thesis Pedagogische Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Cursuscode: 200600042

2013-2014

Studenten: Ilse Hakkert - 3777979

Ilonka Melessen - 4226011

Nikki Spapens - 4257456

Roos Willems - 3758346

Begeleider: Dr. Paul van Baar

Tweede beoordelaar: Dr. Chris Baerveldt

Groep: C-Sport werkgroep 13

Datum: 20 juni 2014

Samenvatting

De prevalentie van overgewicht onder kinderen in Nederland neemt gestaag toe. Ouders spelen hierin een belangrijke rol. In 2005 zette de GGD regio Utrecht het B.Slim project op om deze toename tegen te gaan. Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de determinanten die van invloed zijn op de intenties van ouders ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen en in hoeverre het project hieraan heeft bijgedragen. In deze kwalitatieve studie werden data verzameld door open interviews met 18 ouders. De participanten werden geselecteerd uit de wijk Kruiskamp/Koppel in Amersfoort. De resultaten lieten zien dat de determinanten attitude en eigen effectiviteit belangrijk zijn voor de vorming van intenties. Wanneer deze positief zijn, bevordert dit gezond eet- en beweeggedrag. Ook barrières waren van invloed. Zo zorgde bijvoorbeeld de hoge prijs van gezond eten ervoor dat een intentie niet omgezet werd in gedrag. De relevantie van de sociale invloed werd overschat. 40% van de participanten was niet bekend met het project. De intenties en het gedrag van ouders leken van invloed te zijn op het gedrag van hun kinderen. Dit gebeurde bijvoorbeeld door middel van modeling. In de toekomst zou het B.Slim project door middel van face-to-face contact meer naamsbekendheid kunnen verwerven.

Sleutelwoorden: overgewicht, ouders, eet- en beweeggedrag, modeling, preventie

Abstract

Overweight rates of children in the Netherlands are increasing rapidly. Parents play an important role. In 2005, the Public Health Service Utrecht started the B.Slim project to reduce this increase. The aim of this study was to determine to what extent behavioral factors play a role in parents' behavioral intentions regarding the eating and exercise behavior of their children and to what extent the project has contributed. In this qualitative study, data were obtained from 18 parents through in-depth interviews. Participants were in the neighborhood Kruiskamp/Koppel, Amersfoort. The findings showed that attitude and self-efficacy are important factors with regard to creating intentions. When these are positive, they will improve healthy eating and exercise behavior. Barriers also exerted an influence. For example, the high costs of healthy food ensures that an intention won't be turned into behavior. The importance of the social influence was overestimated. 40% of the participants was not familiar with the project. The intentions and behaviour of the parents seemed to be associated with the behaviour of their children. This happened for example by modeling. In the future, the B.Slim project could acquire more name recognition by face-to-face contact.

Keywords: overweight, parents, eating and exercise behavior, modeling, prevention

Het B.Slim project in een prioriteitswijk van Amersfoort

Wereldwijd ziet men de prevalentie van overgewicht in hoog tempo toenemen. Het kan gezien worden als een nieuwe pandemie (Roth, Qiang, Marban, Redelt, & Lowell, 2004). Ook in Nederland is de toename van overgewicht een sterk groeiend probleem. Bij kinderen is de prevalentie in de afgelopen 25 jaar verdubbeld (Bastiaans, Baerveldt, & Jansen, 2012; Van den Hurk et al., 2006). Tussen 1980 en 1997 is het overgewicht bij jongens gestegen van vijf tot negen procent en van zeven tot twaalf procent bij meisjes. In 2009 was de prevalentie van overgewicht bij kinderen zelfs nog hoger (Schönbeck et al., 2011). Niet alleen de prevalentie van overgewicht neemt toe, maar ook de mate van overgewicht vererbert. Hiermee volgt Nederland de trend die in de Verenigde Staten al jaren geleden in gang is gezet (Wouwe, Renders, Bruil, & HiraSing, 2004).

De sterke groei van de prevalentie van overgewicht geeft aan hoe ernstig het gesteld is met de gezondheid van de Nederlandse kinderen. De meest voorkomende oorzaak van overgewicht is een eetpatroon met te veel vet en suikers en de afname van beweging, waardoor er een overschot aan energie blijft bestaan (Schrijvers & Wijnen, 2008). Er is sprake van overgewicht wanneer een kind te zwaar is voor zijn lengte (World Health Organization, 2002). Overgewicht wordt vastgesteld aan de hand van een signaleringsprotocol waarbij gebruik wordt gemaakt van leeftijds- en geslachtsafhankelijke *Body Mass Index* (BMI)-afkapwaarden. Een BMI van 25 of hoger wordt gezien als overgewicht bij volwassenen. Het is bij kinderen echter van belang om rekening te houden met de ontwikkeling die het lichaam ondergaat. Daarom is bij kinderen vanaf twee jaar de leeftijd en het geslacht de norm voor overgewicht (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000).

De grote toename van overgewicht is een ernstig gezondheidsprobleem door de risico's die het met zich meebrengt (Lemelin, Gallagher, & Haggerty, 2012). Dit zijn onder andere; een negatieve invloed op de bloeddruk, het cholesterol en een toenemend risico op hart- en vaatziekten en diabetes type II (Kumanyika & Grier, 2006). Daarnaast bestaat er een verhoogd risico op psychosociale problemen, zoals sociale isolatie en het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld doordat kinderen met overgewicht vaker worden gepest (Lemelin et al., 2012; Oude Luttikhuis et al., 2009). Bovenstaande risico's geven aan waarom de preventie van overgewicht een belangrijk doel van overheden in verschillende landen is (Reynolds, Saito, & Crimmins, 2005; Roth et al., 2004).

De toename van overgewicht heeft te maken met veranderingen in de maatschappij. Het neemt de vorm aan van een obesogene omgeving, waarin ongezond eten makkelijk beschikbaar is en kinderen niet gestimuleerd worden om te bewegen (Golan & Crow, 2004).

Verwestering heeft geleid tot meer fastfoodketens, energierijke voeding en suikerhoudende drankjes (Patrick & Nicklas, 2005). Er is de afgelopen jaren sprake van een significante toename in het aantal calorieën die kinderen dagelijks consumeren. De grootste toename is te zien bij kinderen uit gezinnen met een lage sociaaleconomische status (SES) (Slining, Mathias, & Popkin, 2013). Daarnaast is er weinig beweging door overmatig gebruik van de televisie en computer (Dennison, Tara, & Jenkins, 2002; Swinburn, Caterson, Seidell, & James, 2004). De noodzaak tot bewegen vermindert, kinderen vertonen meer ‘zittend gedrag’ (Wouwe et al., 2004).

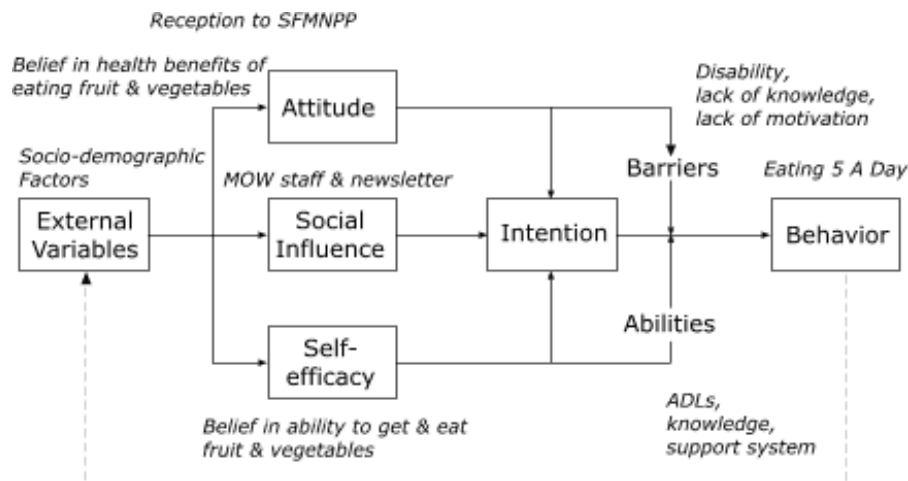
Naast de veranderingen in de maatschappij, is de sociale omgeving van belang (Lindsay, Sussner, Kim, & Gortmaker, 2006; Patrick & Nicklas, 2005). De overtuigingen, attitudes, percepties en het gedrag van ouders blijken een significante invloed te hebben op de vroege ontwikkeling van overgewicht bij kinderen (Oude Luttikhuis et al., 2009). Nieuwe gedragingen kunnen verworven worden door een directe ervaring waarbij je leert door de consequenties van je gedrag of door het observeren van gedrag van anderen (Bandura, 1977). Dit fenomeen staat ook wel bekend als modeling.

Preventie- en interventieprogramma's zijn door de eerder genoemde risico's van groot belang om overgewicht bij kinderen terug te dringen (Kitzman-Ulrich et al., 2010). Deze programma's zijn gericht op het bevorderen van gezond eet- en beweeggedrag (Duncan et al., 2011). Er zijn echter nog maar weinig preventieve interventies aantoonbaar effectief (Summerbell et al., 2005). Daarnaast is nog geen interventie in staat geweest om gewichtstoename te beperken (Monasta et al., 2011). Ouders worden relatief weinig betrokken (McLean, Griffin, Toney, & Hardeman, 2003), terwijl deze betrokkenheid in de eerste levensjaren van een kind cruciaal is voor het starten van interventies die impact hebben op de latere levensstijl van kinderen (Lindsay et al., 2006; Monasta et al., 2011).

De toename van de prevalentie van overgewicht was in 2005 voor Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) regio Utrecht de aanleiding om het project B.Slim ‘beweeg meer eet gezond’ op te zetten. Dit project richt zich zowel op kinderen met een gezond gewicht als kinderen met overgewicht. Zo wordt zowel gewerkt aan het vroegtijdig signaleren en het voorkomen, als aan het terugdringen van de hoge prevalentie (GGD regio Utrecht, 2012). De doelgroep van het B.Slim project zijn kinderen met een lage SES en/of allochtone afkomst en hun ouders. Overgewicht komt immers relatief vaker voor bij kinderen met een lage SES en/of een allochtone afkomst (Slining et al., 2013; Wouwe et al., 2004). Met behulp van de input van wijkbewoners wordt het activiteitenplan voor de desbetreffende wijk op maat gemaakt (GGD regio Utrecht, 2012). Er wordt geprobeerd om naast ouders ook kinderen bij

het project te betrekken (GGD regio Utrecht, 2012). Ouders moeten uiteindelijk als rolmodel dienen (Benton, 2004), maar kinderen moeten zich ook bewust worden van het belang van gezonde voeding en genoeg beweging. Vanwege de toenemende problemen met de gezondheid van kinderen zijn preventie en interventie van overgewicht van belang. Zoals eerder genoemd zijn er maar weinig preventieve interventies aantoonbaar effectief (Summerbell et al., 2005). Met dit onderzoek wordt geprobeerd het B.Slim project te ondersteunen hun toekomstige interventies meer richtlijnen te geven en effectiever te maken.

De algemene doelstelling van dit explorerende onderzoek is inzicht verkrijgen in de determinanten die van invloed zijn op de vorming van de intenties van ouders uit de Amersfoortse wijk Kruiskamp/Koppel, ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen in de basisschoolleeftijd en in hoeverre het B.Slim project hier aan heeft bijgedragen. Dit wordt gedaan aan de hand van een kwalitatief determinantenonderzoek middels het ASE model, zie figuur 1 (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Het ASE model is een gedragsbeïnvloedingsmodel dat gebaseerd is op de *Theory of Planned Behavior* van Ajzen (1991). Het wordt vaak gebruikt op gebied van gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering en wordt daarom ook ingezet om gezond gedrag te bevorderen (Lechner, Kremers, Meertens, & De Vries, 2008). Met het model kan onderzocht worden hoe de gedragsintenties van ouders gevormd worden ten aanzien van het eet-en beweeggedrag van hun kinderen. Een intentie is de mate waarin iemand van plan is om een bepaald gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991). Gedragsdeterminanten worden gezien als factoren die bepaald gedrag in gang kunnen zetten (Bauman, Sallis, Dzewaltowski, & Owen, 2002). Het ASE model gaat uit van drie gedragsdeterminanten die de intentie voor bepaald gedrag in gang zetten, respectievelijk; attitude, ervaren sociale invloed en eigen effectiviteit (De Vries et al., 1988). Wanneer de drie gedragsdeterminanten positief gerelateerd zijn aan bepaald gedrag, is de intentie aanwezig om dat gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991). Echter, er kunnen nog *barrières* aanwezig zijn die het gewenste gedrag in de weg staan. Daarnaast zijn er *vaardigheden* nodig om het gedrag te verwezenlijken (zie figuur 1).



Figuur 1. Het ASE model (De Vries et al., 1988).

Er is nog weinig kwalitatief determinantenonderzoek gedaan naar de gedragsintenties van ouders ten aanzien van eet- en beweeggedrag van hun kinderen. Dit is echter van belang, omdat inzicht in deze intenties een beter beeld geeft van hoe het eet- en beweeggedrag van kinderen beïnvloed kan worden. Door de kwalitatieve aard van dit onderzoek kan hier beter inzicht in verkregen worden, aangezien dit soort onderzoek ingaat op de beleving en betekenisverlening van mensen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). In samenwerking met het B.Slim project wordt het onderzoek uitgevoerd in de wijk Kruiskamp/Koppel. Het B.Slim project kan middels de resultaten van dit onderzoek beter inspelen op de attitudes van ouders en dit is positief van invloed op het voorkomen van overgewicht bij kinderen in de toekomst. De populatie bestaat uit ouders van basisschoolkinderen met een lage SES en/of een allochtone achtergrond. Zoals eerder genoemd door Oude Luttikhuis en collega's (2009) blijken ouders een significante invloed te hebben op de vroege ontwikkeling van overgewicht bij kinderen, vandaar de keuze voor kinderen in de basisschoolleeftijd.

De eerste doelstelling van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de intenties die ouders hebben ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen en in de manier waarop ze deze intenties omzetten in gedrag. Volgens de sociale leertheorie van Bandura (1977) nemen mensen gedrag over door anderen te observeren. Ouders hebben een voorbeeldfunctie in het overbrengen van gezonde eet- en beweeggewoonten aan hun kinderen (Haines, Neumark-Sztainer, Hannan, & Robinson-O'Brien, 2008). De drie determinanten van het ASE model worden toegepast om inzicht te verkrijgen in deze intenties: de attitudes, ervaren sociale invloed en eigen effectiviteit. *Attitude* wordt bepaald door de verwachting van bepaalde consequenties, persoonlijke opvattingen en gedachten over het gedrag met daarbij opkomende evaluatie van deze consequenties (Ajzen & Fishbein, 1980). Oftewel wat iemand zelf van het eigen gedrag vindt (Baar, Wubbels, & Vermande, 2007). De attitude van ouders ten opzichte

van eet- en beweeggedrag zijn van invloed op het gedrag van de kinderen. Een voorbeeld hiervan is dat ouders door iedere dag gezamenlijk te ontbijten met hun kinderen, deze gewoonte ook overbrengen op hen. Ouders zijn rolmodellen in het overdragen van gezonde eet- en beweeggewoonten aan het kind. Wanneer ouders zelf niet de intentie hebben om deze eet- en beweeggewoonten te hanteren, zullen zij deze gewoonten ook niet overbrengen op hun kinderen (Haines et al., 2008). Zo kan een positieve attitude tegenover buitenspelen fysieke activiteit bij kinderen bevorderen (Benton, 2004; Kiess et al., 2001; Pocock, Trivedi, Wills, Bunn, & Magnusson, 2010; Wouwe et al., 2004). *Ervaren sociale invloed* bestaat uit een subjectieve norm over de verwachte mening van individuen of groepen die als belangrijk worden gezien. Het is een combinatie van die vernomen verwachting samen met de motivatie om deze verwachting na te leven; *motivation to comply* (Ajzen & Fishbein, 1980). Oftewel, de invloed van wat anderen vinden van het gedrag (Baar et al., 2007). De sociale invloed bepaalt op zijn beurt weer hoe ouders invloed uitoefenen. In een omgeving waar veel gezonde eet- en beweeggewoonten worden gehanteerd, zullen ouders dit ook eerder overdragen op hun kinderen (Lindsay et al., 2006). Zo kunnen ouders meningen en ervaringen over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt uitwisselen. Ten slotte staat *eigen effectiviteit* voor de persoonlijke verwachting die mensen hebben over hun vermogen om bepaald gedrag uit te kunnen voeren en de *vaardigheden* die nodig zijn om dit te kunnen realiseren. De vaardigheden zijn een belangrijk onderdeel van het gevoel van eigen effectiviteit, het geeft immers een beeld van iemands competentie (Lechner et al., 2008). Het is mogelijk dat mensen een positieve attitude hebben ten opzichte van gezond eten en ook positieve sociale invloed over dit gedrag ervaren, maar zichzelf niet in staat achten om dit te doen (Ajzen & Fishbein, 1980; De Vries et al., 1988). Ouders kunnen bijvoorbeeld het gevoel hebben dat ze niet in staat zijn om een gezonde maaltijd te bereiden voor hun kinderen. Naast attitude, ervaren sociale invloed en eigen effectiviteit wordt ook rekening gehouden met *vaardigheden* die nodig zijn om bepaald gedrag uit te voeren en met *barrières*, die de uitvoering juist in de weg staan (Lechner et al., 2008). Zo kan er bijvoorbeeld een gebrek aan kennis zijn over gezond eten of is de sportschool te ver weg, waardoor iemand niet gaat ook al is de intentie wel degelijk aanwezig (Pocock et al., 2010). Gebrek aan tijd en vermoeidheid zijn daarnaast redenen waardoor ouders hun kinderen niet stimuleren om naar school te lopen of om gezonde maaltijden te bereiden (Pocock et al., 2010). De verwachting die voortkomt uit bovenstaande bevindingen is dat de determinanten, vaardigheden en barrières uit het ASE model de gedragsintenties van ouders vormen. Ouders kunnen ten aanzien van voeding de *attitude* hebben om iedere dag een gezonde maaltijd te bereiden, maar wanneer de *sociale*

invloed deze intentie niet overbrengt via andere ouders, wordt verwacht dat ouders deze intentie minder snel zullen uitvoeren (Haines et al., 2008; Lindsay et al., 2006). *Eigen effectiviteit* is van invloed op de uitvoering van attitudes. Wanneer ouders zichzelf niet in staat voelen om een gezonde maaltijd te bereiden of niet de *vaardigheden* bezitten om deze maaltijd te bereiden, is de verwachting dat dit gebeurt klein. Daarnaast wordt verwacht dat *barrières*, zoals gebrek aan kennis over gezonde voeding, ook van invloed is op het niet uitvoeren van de intenties (Pocock et al., 2010). Ten aanzien van beweging wordt verwacht dat wanneer ouders zelf een positieve *attitude* hebben tegenover buitenspielen, de fysieke activiteit bij kinderen wordt bevorderd (Benton, 2004; Kiess et al., 2001; Pocock et al., 2010; Wouwe et al., 2004). Ook de determinanten *sociale invloed* en *eigen effectiviteit* zijn van invloed op de uitvoering van de attitudes ten aanzien van beweging. Wanneer ouders zichzelf niet competent voelen om fysieke activiteit bij hun kinderen te bevorderen of niet de *vaardigheden* hebben om dit te bevorderen, is de verwachting klein dat ouders beweeggedrag overbrengen. Ook ten aanzien van beweging zijn *barrières* van invloed. Zo wordt verwacht dat bijvoorbeeld een sportschool die ver weg ligt de uitvoering van gedrag in de weg kan staan (Lechner et al., 2008), waardoor iemand niet gaat ook al is de intentie wel aanwezig (Pocock et al., 2010).

De tweede doelstelling is het in kaart brengen van de externe factoren en *barrières* die van invloed zijn op de vorming van het gedrag van ouders. Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit zijn niet de enige factoren die van invloed zijn op gedragsvorming. Ook externe factoren en *barrières* zijn van invloed. Externe factoren zijn onder andere leeftijd, sekse en demografische gegevens. Onder demografische gegevens wordt bijvoorbeeld de geloofsovertuiging, het inkomen, de omgeving en de etniciteit van families verstaan (Grow et al., 2010; Profi-leren, 2014). *Barrières* zijn condities die, ondanks de gevormde intenties, het werkelijke gedrag negatief beïnvloeden. Er zijn drie verschillende soorten *barrières* te onderscheiden. Ten eerste kan een positieve intentie veranderen in een negatieve intentie. Een voorbeeld hiervan is dat iemand zich onder begeleiding van een diëtiste goed aan een dieet kan houden. Als deze persoon het zelf moet gaan doen, zwakt deze positieve intentie echter af. Ten tweede kunnen de voorwaarden die een persoon aan de intentie toewijst, de intentie beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is dat iemand begint met hardlopen, maar een blessure oploopt. De positieve intentie om hard te lopen, wordt overschaduwed door de negatieve gevolgen hiervan. Ten derde kunnen externe omstandigheden van negatieve invloed zijn op een gedragsintentie (Profi-leren, 2014). Dit zijn factoren waar iemand zelf geen invloed op heeft, bijvoorbeeld de hoge prijs van gezonde producten zoals groente en fruit of de hoge

kosten van sportvoorzieningen (Storm, Nijboer, Wendel-Vos, Visscher, & Schuit, 2006). De verwachting is dat bij de doelgroep externe factoren, zoals het niet over de financiële middelen beschikken om gezonde producten te betalen, positieve gedragsintenties in de weg zullen staan. Ditzelfde geldt voor barrières, zoals te weinig kennis om een gezonde maaltijd te bereiden. Hierdoor wordt het meegeven van gezond eetgedrag bemoeilijkt. Daarnaast wordt verwacht dat dit ook opgaat voor het meegeven van gezond beweeggedrag. Externe factoren, zoals de leeftijd van kinderen en barrières, zoals te weinig speelmogelijkheden in de buurt zullen de positieve gedragsintenties in de weg staan. De genoemde barrières worden verwacht in de wijk vanwege de lage SES en/of veelal bewoners van allochtone afkomst. Hier is vaak sprake van een lager inkomen (Slining et al., 2013; Wouwe et al., 2004).

Ten slotte is de derde doelstelling inzicht verkrijgen in hoe de ouders de bijdrage en de effectiviteit van het B.Slim project hebben ervaren. Het project gaat uit van een positieve insteek, wat bijdraagt aan een positieve attitude ten aanzien van eet- en beweeggedrag. Het B.Slim project leert de ouders hoe zij gezonde eet- en beweeggewoonten kunnen overdragen op hun kinderen. Het is een vorm van *health promotion*. Het doel hiervan is mensen in staat stellen om zelf het heft in handen te nemen in plaats van preventie en bescherming (Carlisle, 2000). Door de activiteiten van het B.Slim project krijgen ouders bijvoorbeeld inzicht in hoe leuk bewegen kan zijn en dat het bereiden van gezond eten niet veel tijd kost. Door het overdragen van deze vaardigheden aan de ouders zullen zij een positieve attitude ontwikkelen en zal het gevoel van eigen effectiviteit worden gestimuleerd. De interventies sluiten aan bij de doelgroep en er is sociale ondersteuning vanuit de wijk. Daarnaast krijgen ouders de gelegenheid om ervaringen uit te wisselen. Dit bevordert de eigen effectiviteit, waardoor ouders zich in staat voelen het gezonde gedrag toe te passen (GGD regio Utrecht, 2012). Ouders kunnen bijvoorbeeld door vaardigheden die gerelateerd zijn aan het uitvoeren van gezonde eet- en beweeggewoonten met de buurtbewoners te bespreken zichzelf eerder in staat voelen het gezonde gedrag toe te passen. Door middel van een *community based* aanpak, wordt aangesloten op de wensen en behoeften van ouders in de wijk. De doelgroep voelt zich hierdoor verantwoordelijker, doordat zij betrokken zijn bij het programma en de activiteiten (Koelen & Van den Ban, 2004). Ouders zijn degene die aan kunnen geven waar nog behoefte aan verbetering is binnen de wijk. Doordat de ouders inspraak krijgen in bijvoorbeeld nieuwe buitenspeelmogelijkheden, is de kans groter dat deze ook daadwerkelijk gebruikt gaan worden en het beweeggedrag van de kinderen wordt gestimuleerd. Hierdoor zullen de ouders het B.Slim project als positief ervaren en een positieve bijdrage leveren aan de ervaren

effectiviteit. Dit wordt verwacht omdat het B.Slim project inspeelt op de determinanten uit het ASE model en ouders ondersteunt door middel van een wijkgerichte aanpak.

Methode

Type onderzoek

Het onderzoek was explorierend van aard en werd uitgevoerd in samenwerking met het B.Slim project van GGD regio Utrecht. Er is gekozen voor een kwalitatieve opzet, omdat er behoefte was aan diepgaande informatie over hoe de intenties van ouders ten aanzien van eet- en beweeggedrag van hun kinderen precies worden gevormd. Inzicht in deze intenties geeft een beter beeld van hoe gedrag van ouders ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen gevormd wordt. Kwalitatief onderzoek richt zich op het achterhalen van de beleving en betekenisverlening van de respondenten en het beschrijven en interpreteren van de aard, de waarde en de eigenschappen van een probleem. In dit onderzoek werden de respondenten bevraagd naar hun intenties en feitelijk gedrag ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen. Op deze manier werd inzicht verkregen in de betekenisverlening van ouders ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen. Er is geen sprake van methodische triangulatie. Hiervan is namelijk sprake wanneer verschillende methoden worden ingezet om data te verkrijgen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). In dit onderzoek is naast het interview wel gebruik gemaakt van een vragenlijst, maar enkel als ondersteuning voor de interviews. Zo kan namelijk de bekendheid van het B.Slim project worden gemeten en ingespeeld worden op de open interviews.

Respondenten

Dit onderzoek richtte zich op ouders met een lage SES en/of allochtone afkomst, omdat dit de doelgroep is van het B.Slim project. Het onderzoek werd uitgevoerd in de prioriteitswijk Kruiskamp/Koppel in Amersfoort, in deze wijk is het B.Slim project actief. De doelgroep is benaderd middels een aselechte steekproef van 100 kinderen in de basisschoolleeftijd. Bij het huis-aan-huis onderzoek zijn uiteindelijk N=99 adressen geselecteerd, omdat er twee kinderen uit hetzelfde gezin gekozen waren. Wanneer ouders aangaven niet bekend te zijn met het B.Slim project werd een open interview afgenomen zonder in te gaan op de ervaren effectiviteit van het project. Echter werd bij deze ouders wel gevraagd naar eventuele tips voor het project, zodat het B.Slim project in een vervolg ook deze ouders kan bereiken. In dit onderzoek was sprake van inhoudelijke generalisatie. Met inhoudelijke generalisatie wordt de mate bedoeld waarin de resultaten van dit onderzoek overdraagbaar zijn op of vergelijkbare situaties die de onderzoeker in feite niet heeft onderzocht (Baarda et al., 2005). De resultaten van dit onderzoek zijn bruikbaar voor

respondenten in vergelijkbare prioriteitswijken, gezien deze doelgroep overeenkomt met de doelgroep van dit onderzoek.

Instrumentarium

Vragenlijst. In opdracht van het B.Slim project zijn semi- gestructureerde vragenlijsten afgenomen. De informatie uit deze vragenlijsten was bestemd voor de GGD regio Utrecht. Hierbij ging het met name om de bekendheid van het project. De vragenlijsten hadden slechts een beperkte toegevoegde waarde voor dit kwalitatieve onderzoek. Er was sprake van een respons van ongeveer 40% van de geselecteerde gezinnen bij afname van de vragenlijsten. De 60% non-respons waren voornamelijk gezinnen die medewerking weigerden en daarnaast waren er een aantal gezinnen niet thuis.

Interview. In dit onderzoek werden de respondenten in een open interview bevraagd op de topics eetgedrag, beweggedrag en de ervaren effectiviteit van het B.Slim project. De topics eetgedrag en beweggedrag zijn opgesteld aan de hand van de drie gedragsdeterminanten uit het ASE model (figuur 1), zoals eerder beschreven door De Vries en collega's (1988). Daarnaast werd er in het interview ook gevraagd naar de externe factoren en barrières die de respondenten ervaren, zoals eerder beschreven zijn deze ook van invloed op de gedragsvorming. Ter illustratie een voorbeeldvraag naar attitude: "Wat is uw mening over ontbijten voor uw kind?", naar sociale invloed: "Past u gewoonten van andere ouders met betrekking tot voeding in uw eigen opvoeding toe?", naar eigen effectiviteit: "Denkt u dat u in staat bent om een gezonde maaltijd te bereiden voor uw kind?" en naar de ervaren effectiviteit van het B.Slim project: "Is er na het B.Slim project iets veranderd in uw gedrag op het gebied van voeding of beweging?". De respons bij de afname van de interviews was redelijk hoog. Ongeveer 45% van de ouders waren namelijk na het invullen van een vragenlijst ook bereid om mee te werken aan een open interview. Tijdens de afname van het interview is gebruik gemaakt van een opname recorder. Op deze manier werd de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhoogd, omdat op deze manier precieze citaten en uitspraken van respondenten teruggeluisterd kunnen worden. Bij kwalitatief onderzoek is de betrouwbaarheid van een interview moeilijk te garanderen, omdat deze mede afhankelijk is van de onderzoeker (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009). Om de betrouwbaarheid zoveel mogelijk te waarborgen werden de interviews in tweetallen afgenomen, aan de hand van vooraf vastgestelde topics. Ook werd de opbouw van de vragenlijst van te voren duidelijk gemaakt en werd er regelmatig samengevat.

Procedure

De interviews werden gehouden met individuele respondenten. Er waren 99 adressen,

van ouders met kinderen in de leeftijd van vier tot en met 12 jaar, random geselecteerd uit het adressenbestand van de wijk Koppel/Kruiskamp van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Door deze random selectie was de steekproef heterogener dan bij bijvoorbeeld een sneeuwbal-sample, hierdoor was de onderzoekspopulatie representatiever (GGD regio Utrecht, 2012). Naar deze 99 adressen die uit de steekproef gekozen zijn, werden flyers gestuurd. Hierop stond wat korte informatie over het B.Slim project en de melding dat er mensen aan de deur konden komen om medewerking te vragen voor een onderzoek. Nadat de flyers opgestuurd waren, is er door de onderzoekers in tweetallen langs de deuren gegaan om de individuele interviews bij de respondenten af te nemen. Bij de ouders die hiertoe bereid waren, werd een interview van ongeveer 15 à 20 minuten afgenomen. Het onderzoek is ethisch verantwoord, omdat alle respondenten mee hebben gewerkt op basis van ‘informed consent’, wat inhoudt dat de respondenten vrijwillig mee hebben gewerkt en voldoende geïnformeerd zijn (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009). Tijdens de introductie over de onderzoekers en het onderzoek zelf werd duidelijk aangegeven dat de resultaten van de vragenlijst en het interview uitsluitend voor het onderzoek werden gebruikt en anonimiteit gewaarborgd bleef. Er is met de verwerking van gegevens zorgvuldig omgegaan met privacy waardoor de uitkomsten geen nadelig effect kunnen hebben voor de respondenten.

Analyse

Voor het analyseren van de kwalitatieve gegevens, werd de informatie uit het interview gelabeld, nadat deze verbatim zijn uitgetypt conform de analysemethoden van Baarda en collega's (2005). Bij labeling wordt er expliciet aangegeven wat het onderwerp is van elk fragment uit het interview. Het doel van labelen is antwoord geven op de hoofd- en deelvragen (Baarda et al., 2005). Bij de kwalitatieve analyse is gebruik gemaakt van analytische inductie. Tijdens het labelen is voortdurend gekeken naar de juistheid van de labels. Tussentijds is steeds gelet op de samenhang tussen de labels uit de verschillende interviews en daar bij labelen van de volgende interviews op ingespeeld (Baarda et al., 2005). Om deze verbanden aan te geven en er voor te zorgen dat er geen informatie verloren ging, is er gebruik gemaakt van codes, die achter het label werden geplaatst. Om de kwalitatieve data zo objectief mogelijk te beoordelen, is er door de onderzoekers afzonderlijk gelabeld en vervolgens gekeken naar de overeenkomsten. In dit onderzoek werd stapsgewijs gewerkt en daardoor kan precies worden nagegaan hoe tot de labels is gekomen. Door de validiteit van de labels te waarborgen is er in dit onderzoek zo dicht mogelijk bij de formulering van antwoorden in de interviews gebleven.

Resultaten

In deze resultatensectie worden de belangrijkste resultaten van de thema's "beweging" en "voeding" besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van de ontwikkelde labels die uit de analyse van de 18 interviews zijn verkregen. Deze labels staan cursief in de tekst. Tevens worden enkele citaten uit de interviews aangehaald die van belang zijn bij het benadrukken van de resultaten per thema. In het deel over de ervaren effectiviteit van B.Slim wordt ook ingegaan op de resultaten uit de 39 afgenomen vragenlijsten. De resultaten worden uitgedrukt in percentages. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat deze percentages niet als harde data gezien moeten worden, maar als indicatie voor hoeveel ouders hetzelfde dachten over een bepaald onderwerp. Daarnaast is het belangrijk om te vermelden dat wanneer aangegeven wordt dat bijvoorbeeld 50% van de ouders regels hanteert met betrekking tot voeding, dit niet automatisch betekent dat 50% procent dit niet doet. De percentages worden, daar waar nodig, toegelicht. Het kan echter zo zijn dat er van sommige respondenten geen informatie is verkregen over een bepaald onderwerp, dit wordt dan niet vermeld.

Eetgedrag

Attitude. *Ontbijten is belangrijk en verplicht.* Ouders bleken bijna allemaal het belang van ontbijten in te zien. Ongeveer 90% van de respondenten vond dat *ontbijt moet*. De overgebleven respondenten gaven geen mening over ontbijten in het interview. Ongeveer 35% van de ouders zeiden iets over dat *gezond eten belangrijk is*. Enkele ouders geven echter aan dat het lastig is dat hun kinderen niet alles eten, *groenten laten eten is lastig*. Dit komt voornamelijk doordat de kinderen de groenten niet lusten. Wat betreft het eten van gezonde voeding, gaven een aantal ouders aan dat *gezond eten afhankelijk is van het kind*. Ondanks dat maar 35% van de ouders specifiek aangeeft dat gezond eten belangrijk is, komt uit de interviews naar voren dat de meeste ouders wel op de hoogte zijn van het belang van gezonde voeding. Zo zei een moeder: "Ze lusten groenten en fruit, dus dat maakt het makkelijk". Anderzijds viel op dat het fijn is dat kinderen tenminste iets eten en dat dan niet altijd even streng naar het opeten van de groenten gekeken wordt: "De middelste, die haalt de groenten eruit en de rest eet hij op. En dan denk ik, ach, dat deed ik vroeger zelf ook". Dit zou kunnen betekenen dat ondanks dat er vaak voldoende kennis is, dit niet altijd wordt meegenomen in de uitvoering van het gedrag.

Ervaren sociale invloed. Ongeveer 70% van de ouders gaf aan *we bespreken eetgewoonten met anderen*. Dit gebeurt met de buurvrouw, vriendinnen, andere ouders van kinderen op school of op de kinderopvang. Het bespreken van eetgewoonten gaat inhoudelijk in op bepaalde zaken, zoals wat voor tussendoortjes je kinderen mee kan geven, trakteren in

de klas en struikelblokken, bijvoorbeeld kinderen die overgewicht hebben. De helft van deze ouders noemde dat ze vooral *eetgewoonten bespreken als kinderen moeilijke eters zijn*: “Je hebt altijd wel een periode dat ze gewoon wat slechter eten en dat het allemaal wat lastiger is. Dan kijk je ook wel naar elkaar van hoe zou je dat anders kunnen doen”. De overgebleven 30% van de ouders heeft in de interviews gezegd dat ze *eetgewoonten niet bespreken met anderen*. De redenen hiervoor waren uiteenlopend. Zo gaf een ouder aan dat het niet nodig is. Enkele anderen vertelden dat mensen in de wijk erg op zichzelf zijn en iedereen het zelf uitvogelt.

Eigen effectiviteit. Ongeveer 80% van de ouders voelde zichzelf *in staat om gezond eten aan te bieden*. De ouders gaven hiervoor als reden dat ze in staat zijn om een gezonde maaltijd te bereiden en dat het niet moeilijk is om hun kinderen gezond te laten eten. Een moeder stelde: “Het is soms moeilijk, maar ik probeer het wel te doen. Als je voor iets gaat, dan gaat het op een gegeven moment wel. Maar je moet wel echt streng zijn, dus sterk in je schoenen staan. Het is soms moeilijk, maar als je doorzet dan lukt het wel”. Enkele ouders gaven aan dat ze voldoende kennis en vaardigheden bezitten wat betreft voeding, zoals kennis van de schijf van vijf. De overige 20% gaf hier niet specifiek uitleg over, maar soortgelijke informatie komt wel naar voren bij de volgende thema’s. Wat betreft modeling stelde ongeveer 70% van de ouders *ik oefen invloed uit op het eetgedrag*. Ze stelden dat hun gedrag, bijvoorbeeld het wel of niet ontbijten, sturend is. Zo gaf één moeder aan dat kinderen dit gedrag overnemen: “Stel dat je zelf niet ontbijt, dan is dat toch een signaal naar de kinderen dat ontbijten blijkbaar niet belangrijk is”. Daarnaast zei een ouder: “De kinderen lusten ook gewoon niet alles, je kunt moeilijk zeggen je moet drie happen bietjes nemen als je het zelf ook niet eet”. Het viel op dat ook veel invloed werd uitgeoefend door bijvoorbeeld de hoeveelheid snoep en zoete dranken in huis te beperken en vooral gezonde dingen te kopen. Dit maakt het aannemelijk dat ouders het zichzelf makkelijk proberen te maken op deze manier, door de optie om te kunnen snoepen weg te nemen. 50% van ondervraagde ouders hanteert *gewoonten/regels met betrekking tot voeding*. Bijvoorbeeld over de hoeveelheid snoepjes per dag of het aantal boterhammen met zoet beleg. Ongeveer 10% van de ouders gaf aan *ik oefen geen invloed uit op het eetgedrag*. Een moeder zei: “Als ze honger hebben gaan ze de keuken in”. Daarnaast gaf ze aan dat haar zoon te veel eet en het afvallen daarom niet lukt.

Barrières. Ongeveer 55% van de respondenten gaf aan barrières te ervaren met betrekking tot de voeding van hun kinderen. *Niet altijd invloed op voeding en mijn kind wil niet alles eten* zijn hier voorbeelden van. Hun kinderen gezond laten eten is vaak lastig omdat

de kinderen het niet willen eten en het ouders niet altijd lukt hier invloed op uit te oefenen: “Water gaat er moeilijk in”, zei een ouder bijvoorbeeld. Daarnaast is een aantal ouders vaak *te druk om gezond te koken*. Ouders zijn druk met werk en activiteiten van de kinderen. Hierdoor moeten ze zich vaak haasten. Gezond koken schiet er dan bij in doordat het moeilijk te combineren is. Verder gaven slechts enkele ouders aan dat *gezonde producten te duur zijn*. Een ouder gaf aan dat er tegenwoordig *veel informatie is met betrekking tot voeding*: “Er zijn zoveel regeltjes, op een gegeven moment weet je het ook gewoon niet meer”. Ten slotte werd er nog een externe factor genoemd door enkele ouders. Dit was de leeftijd van het kind. Zij gaven aan *niet altijd invloed te hebben op de oudere kinderen met eten*. De overige 45% van de ouders heeft zich niet uitgelaten over het ervaren van barrières met betrekking tot voeding.

Feitelijk eetgedrag. Het omzetten van intenties van ouders in feitelijk eetgedrag blijkt uit wat er wordt gegeten in de ochtend en uit het ontbijtritueel. Door ongeveer 55% van de ouders werd aangegeven *we eten in de ochtend brood of yoghurt*. De andere 45% gaat niet specifiek in op wat er gegeten wordt of ontbijt helemaal niet. Ongeveer 45% van de gezinnen *eten altijd gezamenlijk aan tafel*. Echter gaven een aantal ouders aan dat ze wel gezamenlijk eten, maar dat de partner er meestal niet bij is. Ook een gezin met een oudste zoon met ADHD splitst het ontbijtritueel op: “Dus de oudste komt meestal later beneden, anders wordt het een beetje moeilijk. En dit werkt goed. Ik eet wel samen met de kinderen die eerder beneden zijn”. Ook gaf ongeveer 30% aan dat *ze niet gezamenlijk aan tafel ontbijten*. Hieronder vielen mensen die bijvoorbeeld in het weekend wel gezamenlijk ontbijten, maar doordeweeks niet: “Normaal gesproken zitten we zaterdag en zondag met zijn allen aan tafel en tijdens de schooldagen eten ze gewoon een broodje voordat ze naar school gaan”. Dit heeft waarschijnlijk vooral met tijd te maken. Een enkele ouder gaf aan *nooit gezamenlijk te ontbijten*. Van de overige respondenten is geen antwoord verkregen op deze kwestie. Meerdere ouders gaven aan *niet te veel bovenop het eetgedrag zitten*: “Erg op het snoep zitten werkt niet. We zijn gewoon relaxed” en: “Niet te moeilijk doen over iets dat ze niet lekker vinden als ze wel andere groenten lusten”. Over *tussendoortjes* hanteren ouders regels, zoals: “Alleen in het weekend tussendoortjes, doordeweeks niet”, en: “Ze moeten altijd vragen of ze snoep mogen”. Ten slotte stelden een aantal ouders *we hebben veel variatie in voeding*: “Kinderen moeten alles proberen, met afwisseling daarin”.

Beweeggedrag

Attitude. Ongeveer 30% van de ouders vonden dat hun kinderen *voldoende bewegen*. De kinderen spelen bijvoorbeeld buiten, sporten en fietsen naar school. Daarnaast gaf ongeveer 20% van de ouders aan dat *sporten moet*. Deze ouders willen dat hun kinderen

bewegen en een enkele ouder verplicht de kinderen zelfs buiten te spelen. Er zijn echter enkele ouders die aangaven dat ze *vaker zouden kunnen sporten*. Opvallend is dat zij aangaven dat er al bewogen wordt in het gezin, maar dat dit naar hun idee nog niet genoeg is. Er wordt bijvoorbeeld gezegd dat ze wel één keer in de week gaan wandelen, maar dat dit wel vaker kan. Door een vader werd gezegd: “We zouden vaker kunnen tennissen”. De redenen achter deze mening, dat er vaker gesport en/of bewogen zou kunnen worden, maar dat dit niet gebeurt, worden echter niet geheel duidelijk genoemd. Over het algemeen was de mening van ouders dat beweging belangrijk is.

Ervaren sociale invloed. Ongeveer 30% van de ouders *bespreekt de beweging met anderen*. Er wordt onder andere besproken wat er in de buurt te doen is in het gebied van sport en activiteiten. Ook zijn er enkele ouders die aangaven dat ze advies van andere ouders toepassen: “Als regels voor mij positief zijn, pas ik ze wel toe” is bijvoorbeeld de mening van een ouder. Kenmerkend is dat de beweging van de kinderen vaak besproken wordt wanneer *kinderen moeilijk in beweging zijn te krijgen*. Dit kan aan het kind zelf liggen, maar ook aan weinig mogelijkheden in de omgeving. Ook gaf ongeveer 30% van de ouders aan dat ze *beweeggedrag niet met andere ouders bespreken*. Redenen hiervoor zijn dat het niet leuk is om het gedrag van de kinderen met anderen te bespreken en dat iedereen dit op zijn eigen manier doet. Bovendien waren er enkele ouders die aangaven dat beweging *geen issue om te bespreken* is. De kinderen bewegen voldoende, waardoor er geen reden werd gezien om het gedrag te bespreken met anderen. De overige ouders doen hier geen uitspraken over.

Eigen effectiviteit. Ongeveer 60% van de ouders gaf aan *het lukt mij om de kinderen te motiveren tot beweging*. Dit doen ze door bijvoorbeeld mee naar buiten te gaan en complimenten te geven over beweging van het kind. Een aantal ouders gaf aan de ze hun kinderen motiveren door *bewegingsmogelijkheden aan te bieden*. Zo zegt een moeder: “Nou, in de winter als het druilerig en nat is, dan krijg ik ze moeilijk naar buiten. Daarom hebben we bewust zo’n huisje in de tuin geplaatst met een glijbaan en een schommel. Ik stuur ze dan naar de tuin”. Wat betreft modeling gaven enkele ouders aan *ik motiveer mijn kinderen door mijn eigen gedrag*. Zo noemt een ouder: “Als we een rondje gaan lopen, neem ik mijn oudste dochter mee”. Bovenstaande komt overeen met dat *het eigen beweeggedrag van invloed is* op het beweeggedrag van hun kinderen. Ongeveer 60% van de ouders noemden dat de kinderen hen als voorbeeld zien en hierdoor het beweeggedrag van ouders zullen overnemen. Een ouder zei bijvoorbeeld: “Ja, dat is de reden dat ik altijd fiets. Zodat je laat zien dat het normaal is. Ik ga ook op de fiets naar mijn werk, ik denk dat je ook moet laten zien dat je het zelf ook doet”. Slechts een enkele ouder zei dat hun *eigen gedrag niet van invloed is op de beweging*

van hun kinderen. Deze ouder gaf aan zelf ook niet te sporten en hierdoor geen invloed uit te kunnen oefenen op de beweging van de kinderen.

Barrières. Ongeveer 65% van de ouders gaf aan barrières te ondervinden met betrekking tot de beweging van hun kinderen. *Te weinig mogelijkheden voor buitenspelen* is een reden, doordat er bijvoorbeeld voetbalvelden zijn verdwenen, er weinig mogelijkheden in de buurt zijn om te spelen, de straat onveilig is vanwege druk verkeer en de ouders kinderen niet alleen naar een plek verderop durven te laten gaan. Ouders noemden ook een aantal keer dat *begeleiding van de ouder noodzakelijk is*: “Activiteiten zijn hier in de ABC school en sommige activiteiten worden voornamelijk bijgewoond door zeer donkere kinderen. En dat is op zich niet erg, maar dan moet er wel een stevig iemand voor staan. En dat is niet altijd zo. Ik vind wel dat ik mijn kind daarvoor moet beschermen”, stelde een moeder. Kinderen kunnen dus niet altijd ergens alleen naar toe, dit is lastig voor de ouders want begeleiding is niet altijd mogelijk en kost weer tijd voor hen. *Sportclubs etc. zijn te duur* is daarnaast een genoemde barrière. De ouders kunnen de kosten van de sportclub niet betalen. Een gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat er bewust gewacht wordt met de zwemles, omdat na de leeftijd van zes jaar de zwemles vergoed wordt. Ook is *weinig tijd voor buitenspelen* een genoemde barrière door enkele ouders. Een ouder zei bijvoorbeeld: “Tijdtekort maakt bewegen lastig. Ophalen, spelen en snel koken wordt chaotisch”. Als laatste werd de computer gezien als een gevreesde barrière door ouders. Het is *lastig om kinderen van computers etc. weg te houden*. De computer blijft trekken en tegenwoordig moeten kinderen vaak huiswerk maken op de computer. Het is hierdoor lastig voor ouders om kinderen te laten bewegen. Toch zijn er enkele ouders die noemden dat speelmogelijkheden niet altijd het probleem zijn. Zo zei een moeder: “Plek is geen issue, dat kun je zelf creëren”. Ten slotte is er een enkele ouder die aangeeft dat de externe factor leeftijd een rol speelt; *de kinderen worden ouder, buitenspelen wordt minder*.

Feitelijk beweeggedrag. Ongeveer 70% van de ouders vond dat hun kinderen in feite genoeg bewegen. Zij gaven aan *de kinderen zitten op sport en bewegen hierdoor veel en de kinderen bewegen genoeg door buiten spelen*. Veel kinderen zitten op een sport en/of spelen veel buiten. Ouders vonden dat de kinderen hierdoor genoeg bewegen. Opvallend is dat een aantal ouders zeiden dat dit met de leeftijd te maken heeft. Het gaat met name bij de jongere kinderen makkelijker, omdat ze nog erg speels zijn. Zo meende een ouder: “Ze bewegen genoeg want ze zijn jong en veel buiten”. Daarnaast gaven enkele ouders aan dat ze regels opstellen met betrekking tot stil zitten, zoals *af en toe televisie/pc*. Ouders hanteren regels door het vaststellen van een tijdslimiet en dagdelen waarop de kinderen televisie mogen

kijken of op de computer/iPad mogen. Slechts een enkele ouder gaf aan dat hun kind te weinig beweegt. Opvallend is weer dat dit betrekking heeft op het oudste kind. Het lijkt met name zo te zijn dat oudere kinderen moeilijker te motiveren zijn tot beweging.

Ervaren effectiviteit B.Slim

Vragenlijst. Ongeveer 60% van de ouders was bekend met B.Slim project, ongeveer 40% kende het project dus niet. Ongeveer 20% van de ouders die het project kende, was echter niet bekend met het logo. Opvallend was dat niemand de vijf leefregels, die het project gezinnen probeert mee te geven, kende. Daarnaast hebben ongeveer 40% van de mensen die bekend waren met het project daadwerkelijk deelgenomen aan de activiteiten hiervan.

Open interviews. Ongeveer 40% van de ouders gaf aan *ik ben niet bekend met het project*. Opmerkingen als: “Ik hoor weinig over het project” en: “Je hoort er niemand over” werden door hen genoemd. Een enkele ouder die niet bekend was met het project, dacht er wel een keer iets over gelezen te hebben maar kon zich *niet herinneren of flyer/activiteit van B.Slim was*. Ongeveer 60% van de ouders was *bekend met het B.Slim project*. De mate van bekendheid liep echter uiteen. Zo zei een ouder, die het project alleen kende door het wel eens gezien te hebben in een krantje: “Ik weet niet veel van project af, kan er wel een voorstelling bij maken”. Enkele anderen gaven aan het project te kennen door de site een keer bezocht te hebben of door er enkel van gehoord te hebben. De overige ouders kenden het project beter, bijvoorbeeld door meegedaan te hebben aan activiteiten of de voorlichtingen te hebben meegenomen in hun opvoeding. Ook zei een moeder het project te kennen van het schoolontbijt. Ongeveer 45% van de ouders die bekend waren met het project, hebben ook daadwerkelijk wat geleerd: *het project is effectief*. Zo zei een moeder: “Ik heb dingen van ze geleerd. Hoe belangrijk het is voor kinderen om te ontbijten en bewegen. Ik heb haar na de informatie van B.Slim laten inschrijven voor volleybal”. Bewustwording is ook een terugkerend aspect in de antwoorden. Een ouder noemde: “Je krijgt er een boekje over binnen en je leest er dan weer wat over en dat zijn dan toch dingen die je belangrijk vindt om je daar weer bewust van te worden. Waarom je bijvoorbeeld bepaalde dingen doet, zoals water drinken in plaats van frisdrank of elke dag bewegen”. Enkele andere ouders gaven aan het project *niet/weinig effectief* te vinden. Zij noemden onder andere weinig van het B.Slim project te hebben geleerd en geen adviezen van het project konden gebruiken. Zo zei een ouder: “Ja, het heeft niet gewerkt. Want het advies was dat hij naar fitness moest, omdat hij moest afvallen. Dat is niet gebeurd”. *Het project is goed* was de mening van veel ouders. De helft van de ouders was van mening dat het goed is dat het B.Slim project er is. Hieronder vallen ook ouders die nooit hebben deelgenomen aan de activiteiten van het project. Een

moeder zei: “Ik vind het positief” en: “Ik vind het overigens wel een goed initiatief”. Een andere moeder gaf aan: “Ik denk dat het een goed project is en zeker voor sommige gezinnen. Ze geven aan dat je genoeg moet bewegen en gezond moet eten. Ik denk zeker wel dat het een goede invloed kan hebben op gezinnen”. Er waren echter ook ouders die aangaven een *slechte ervaring met activiteiten van het B.Slim project* te hebben gehad. Door deze slechte ervaring gaven zij aan niet meer deel te nemen aan de activiteiten van het project. Een ouder noemde: “Mijn buurjongens van 12, die hebben een keer deelgenomen aan een activiteit en die zijn echt weggejaagd omdat er geen toezicht was. Ja, dan kom je daar niet meer. Ik stuur mijn dochter van acht jaar daar dan niet naar toe”. Ongeveer 20% van de ouders gaven aan *wij zijn niet de doelgroep van B.Slim*. Zo gaf een ouder aan: “Het is misschien voor de allochtone mensen wel handig. Voor mijzelf heb ik het niet nodig”. Een andere ouder zei: “Ik weet niet of allochtone mensen dit meer horen of niet, dat weet ik niet. Ik weet niet of het aan inkomen gekoppeld is, maar ik hoor er weinig van”. Dit toont aan dat er een beeld is van het B.Slim project dat het alleen voor allochtonen is en mensen niet bij deze doelgroep lijken te willen horen. Er is de ondervraagde ouders gevraagd om na te denken over *tips voor B.Slim*. Ongeveer de helft van de ouders kwamen met concrete adviezen in de vorm van een lagere instap en samenwerking met kinderdagverblijven, peuterscholen, basisscholen, sportclubs en de gemeente. Ook noemde een ouder het volgende: “Maar alleen dat ze meer in de praktijk doen en dat de sportscholen heel duur zijn. Bij peuterscholen helpt de gemeente soms bijvoorbeeld, je betaalt twee dagen wel, maar een dag betaalt de gemeente. Dit wil ik ook bij de sportschool, dat ze ook zoiets doen”. Meer naamsbekendheid is een duidelijk terugkomend thema. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit de vragenlijsten. Zoals eerder aangegeven bleek dat ongeveer 40% van de ouders niet bekend waren met het B.Slim project. Ook het logo was voor ongeveer 45% van de ouders onbekend. Ouders gaven aan dat het project dit mogelijk kan vergroten door middel van een folder of een brief waarin duidelijk wordt wat het project te bieden heeft, of mond-tot-mond reclame zodat mensen het belang van het project inzien. Hierbij moet volgens een moeder rekening gehouden worden met iemands situatie, zoals financieel vermogen en taal.

Discussie

De algemene doelstelling van dit explorerende onderzoek was inzicht verkrijgen in de determinanten die van invloed zijn op de vorming van de intenties van ouders uit de Amersfoortse wijk Kruiskamp/Koppel, ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen in de basisschoolleeftijd en in hoeverre het B.Slim project hier aan heeft bijgedragen. De eerste doelstelling van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de intenties die

ouders hebben ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen en in de manier waarop ze deze intenties omzetten in gedrag. Ten aanzien van voeding werd verwacht dat wanneer ouders de *attituden* hebben om iedere dag een gezonde maaltijd te bereiden, maar deze intentie door *sociale invloed* niet wordt overgebracht, ouders deze intentie minder snel zullen uitvoeren (Haines et al., 2008; Lindsay et al., 2006). Tevens werd verwacht dat wanneer ouders zichzelf niet in staat voelen om een gezonde maaltijd te bereiden of niet de *vaardigheden* bezitten om deze maaltijd te bereiden, dit ook niet zal gebeuren. Daarnaast werd verwacht dat *barrières*, zo als gebrek aan kennis over gezonde voeding ook van invloed zijn op het niet uitvoeren van de intenties (Pocock et al., 2010). De resultaten bevestigden de verwachtingen gedeeltelijk. De verwachting dat *attituden* van invloed zijn op de intenties van ouders werd bevestigd, wat overeenkomt met de literatuur (De Vries et al., 1988; Haines et al., 2008; Lindsay et al., 2006). Zo bleek dat de meerderheid van de ouders het belang van ontbijten inziet. Deze attitude is vervolgens weer van invloed op de gevormde intentie van de ouders. Uit de resultaten bleek namelijk dat ouders bijna allemaal de intentie hebben om te ontbijten. Bovendien gaven bijna alle ouders aan dat ontbijten verplicht is. De verwachting dat de *sociale invloed* meespeelt in de uitvoering van de intenties van ouders kan gedeeltelijk worden bevestigd (Haines et al., 2008; Lindsay et al., 2006). Enkele ouders noemden dat het bespreken van eetgedrag niet nodig is en iedereen het zelf uitvogelt. De meerderheid van de ouders gaf aan eetgewoonten wel te bespreken. Opvallend is dat de eetgewoonten van kinderen met name met anderen besproken werden wanneer hierin moeilijkheden ervaren worden. De sociale invloed lijkt dus groter wanneer er moeilijkheden zijn. Bevestigd is dat de eigen effectiviteit van invloed is op de intentie van ouders om hun kinderen gezond te laten eten. Uit de resultaten is gebleken dat ouders vonden dat ze voldoende kennis hadden over gezonde voeding, waardoor de intentie werd gevormd om de kinderen gezond eten aan te bieden. Daarnaast is de verwachting bevestigd dat ook *vaardigheden* en *barrières* van invloed zijn op de gevormde intenties van ouders. Zo is bijvoorbeeld gebleken dat een aantal ouders kennis heeft van gezond eten en dit hun intentie beïnvloedt om hun kinderen gezond te laten eten. Er werden echter ook door een aantal ouders *barrières* ervaren die hun intentie beïnvloeden. Ouders noemden de voorkeuren met betrekking tot eten, te druk om gezond te koken, de hoge prijs van gezonde producten en het niet altijd invloed kunnen uitoefenen op oudere kinderen als *barrières*. Ten aanzien van beweging werd verwacht dat wanneer ouders zelf een positieve *attitude* hebben tegenover buitenspelen, de fysieke activiteit bij kinderen wordt bevorderd (Benton, 2004; Kiess et al., 2001; Pocock et al., 2010; Wouwe et al., 2004). Ook de determinanten *sociale invloed* en *eigen effectiviteit* zijn van invloed op de uitvoering

van de attitudes ten aanzien van beweging. Wanneer ouders zichzelf niet competent voelen om fysieke activiteit bij hun kinderen te bevorderen of niet de *vaardigheden* hebben om dit te bevorderen, is de verwachting klein dat ouders beweeggedrag overbrengen. Ook ten aanzien van beweging zijn barrières van invloed. Zo werd verwacht dat bijvoorbeeld een sportschool die ver weg ligt de uitvoering van gedrag in de weg kan staan (Lechner et al., 2008), waardoor iemand niet gaat ook al is de intentie wel aanwezig (Pocock et al., 2010). De resultaten bevestigden de verwachtingen gedeeltelijk. Uit de resultaten kwam naar voren dat er veel waarde gehecht wordt aan beweging van de kinderen. Ouders hadden de intentie hun kinderen te motiveren tot beweging. Vaak werd door ouders aangegeven dat ze hun kinderen stimuleren door positief tegenover beweging te staan in het gezin. Opvallend is dat de gevormde intentie van ouders vervolgens een voorbeeldfunctie is voor het kind. Ouders gaven aan dat ze zichzelf als rolmodel zien voor hun kinderen. Volgens de sociale leertheorie van Bandura (1977) nemen mensen gedrag over door anderen te observeren. Ouders hebben een voorbeeldfunctie in het overbrengen van gezonde eet- en beweeggewoonten aan hun kinderen (Haines et al., 2008). Zo kan een positieve attitude tegenover buitenspelende fysieke activiteit bij kinderen bevorderen (Benton, 2004; Kiess et al., 2001; Pocock et al., 2010; Wouwe et al., 2004). Ouders gaven daarnaast aan dat ze vaak wel de intentie hebben om hun kinderen voldoende te laten bewegen, maar dat dit lastig is bij oudere kinderen. Wat betreft de genoemde attitudes van ouders is het lastig om te concluderen of de attitudes ook daadwerkelijk helemaal zijn uitgevraagd, gezien de beperkte tijd van het interview. Slechts enkele ouders bespraken de beweging van hun kinderen met anderen. Opvallend is wel dat, evenals bij het bespreken van eetgedrag, ook bij beweeggedrag voornamelijk moeilijkheden met betrekking tot beweging werden besproken. Conform de verwachting ondervond de meerderheid van de ouders barrières die de uitvoering van de intenties van ouders in de weg staan (Lechner et al., 2008). Ouders noemden te weinig buitenspeelmogelijkheden, de geringe beschikbaarheid van noodzakelijke begeleiding, te weinig tijd en de prijs van sportclubs als barrières. Geconcludeerd kan worden dat de determinanten attitude en eigen effectiviteit, en de vaardigheden en barrières uit het ASE model de gedragsintenties van ouders vormen. De sociale invloed is echter niet altijd van belang voor de gevormde intentie van ouders. Wel is bevestigd dat de intenties door middel van modeling overgebracht worden op het eet- en beweeggedrag van de kinderen.

De tweede doelstelling was het in kaart brengen van de externe factoren en barrières die van invloed zijn op de vorming van het gedrag van ouders. De verwachting was dat bij de gezinnen uit de wijk Kruiskamp/Koppel externe factoren en barrières positieve

gedragsintenties in de weg zouden staan (Pocock et al., 2010), omdat in deze wijk barrières en externe factoren een grote rol spelen, gezien de lage SES en/of allochtone afkomst van de wijkbewoners (Slining et al., 2013; Wouwe et al., 2004). De verwachting dat ouders de hoge prijs van gezonde producten zoals groente en fruit als barrière ervaren (Storm et al., 2006), werd vanuit de resultaten door enkele ouders bevestigd. Zij gaven namelijk aan dat gezonde producten duur zijn. Gebrek aan tijd en vermoeidheid zijn daarnaast redenen waardoor ouders niet altijd in staat zijn om een gezonde maaltijden te bereiden (Pocock et al., 2010). Wat bovendien bleek uit de resultaten, was dat bepaalde voorkeuren wat betreft eten een barrière kunnen vormen. Er werd meerdere keren aangegeven dat kinderen bepaalde gezonde producten, zoals water en sommige groenten, minder graag drinken of eten. Bovendien bleek dat de leeftijd van een kind een belangrijke externe factor is. Wanneer kinderen ouder worden hebben ouders minder invloed op het eetgedrag van het kind (Braet, Moens, & Verbeken, 2010). De verwachting dat externe factoren en barrières de positieve gedragsintenties ten aanzien van beweeggedrag in de weg zouden staan (Pocock et al., 2010), werd ook bevestigd door de resultaten. Er kwam naar voren dat ouders niet altijd tijd en/of zin hebben om ergens bij te zitten als begeleiding. Bij sommige activiteiten in de buurt bleek dit wel nodig te zijn in verband met oudere jongens die aanwezig zijn. Ook noemde een ouder dat door gebrek aan tijd buitenspelen soms lastig is. Naast de kinderen ophalen van school, opvang of vriendjes, moet nog gezond gekookt worden en dan schiet het buitenspelen erbij in door gebrek aan tijd. Er zou gesteld kunnen worden dat gezonde voeding en beweging door de drukte met elkaar concurreren. Een moeder vertelde bijvoorbeeld over tijdgebrek tijdens de avondvierdaagse, dan was er geen tijd om te koken en warmde ze dingen op in de magnetron. Dit is tegenstrijdig, aangezien er juist wordt bewogen. Ook is gebleken dat de externe factor leeftijd een rol speelt in de beweging van het kind. Wanneer kinderen ouder worden zijn ze in mindere mate door ouders te motiveren tot beweging (Braet et al., 2010). De verwachting dat ouders de hoge kosten van sportvoorzieningen ervaren als externe factor, die het meegeven van beweeggedrag bemoeilijkt kan worden bevestigd (Storm et al., 2006). Uit de resultaten bleek dat ouders niet altijd in staat zijn om sportclubs en zwembles te bekostigen. Daarnaast gaven ouders aan problemen te ervaren met het meegeven van gezond beweeggedrag aan hun kinderen door te weinig buitenspeelmogelijkheden en gebrek aan de noodzakelijke begeleiding bij sport- en bewegingsactiviteiten in de buurt. Het zou kunnen dat ouders dit gebruiken als excuus om de fout niet bij henzelf te leggen. Uit de interviews bleek dat te weinig mogelijkheden om buiten te spelen en daarnaast het te drukke verkeer een belemmering vormen om kinderen te laten bewegen. Ook speelt de snel gestegen populariteit

van technologie een rol in de afname van interesse voor het buitenspelen (Dennison et al., 2002). Ouders gaven aan het hierdoor moeilijker te vinden hun kinderen te motiveren om buiten te spelen. Geconcludeerd kan worden dat ouders de verwachte externe factoren en barrières als belemmerend ervaren in het meegeven van gezond eet- en beweeggedrag aan hun kinderen (Storm et al., 2006).

Ten slotte was de derde doelstelling om inzicht te verkrijgen in hoe de ouders de bijdrage en de effectiviteit van het B.Slim project hebben ervaren. De verwachting was dat de doelgroep zich verantwoordelijker zou voelen voor de veranderingen in de wijk doordat er sprake was van een *community based* aanpak waarbij ouders betrokken werden bij het programma en de activiteiten (Koelen & Van der Ban, 2004). Verwacht werd dat de ouders het B.Slim project als positief zouden ervaren en dat dit een positieve bijdrage zou leveren aan de ervaren effectiviteit omdat het B.Slim project inspeelt op de determinanten uit het ASE model. Dit werd echter niet bevestigd door de resultaten van het onderzoek. Het project heeft weinig naamsbekendheid. Er waren ouders die het B.Slim project helemaal niet kenden, sommigen hadden er enkel van gehoord en een aantal ouders hebben wel eens meegedaan aan een activiteit. Bij de activiteiten op school zoals de fruitbakjes, krijgen ouders niet eens mee dat het een initiatief van het B.Slim project is. Opvallend was dat geen van de respondenten bekend waren met de leefregels van het B.Slim project. Daarnaast vond ongeveer 45% van de respondenten die het project kenden het project ook daadwerkelijk effectief. Enkele ouders gaven aan weinig van het project geleerd te hebben. Daarnaast gaven een aantal ouders aan zichzelf niet als de doelgroep van het B.Slim project te beschouwen. Ze gaven aan te denken dat het project alleen bedoeld is voor allochtone mensen of voor ouders waarvan de kinderen overgewicht hebben. Zo gaf een respondent aan dat ze zich door het project meer bewust werd van bepaalde dingen met betrekking tot gezonde voeding en beweging. Dit spreekt ze verderop in het interview echter tegen door te zeggen dat het project geen meerwaarde voor haar heeft, omdat ze genoeg dingen met de kinderen doet. Maatschappelijk kwetsbare doelgroepen worden veelal gezien als mensen met een negatieve identiteit. Er wordt gesteld dat de personen die bij een maatschappelijk kwetsbare doelgroep horen onwetend zijn, niks kunnen en niet openstaan voor verandering (Regenmortel, 2009). Het lijkt erop dat mensen om deze reden niet willen toegeven dat ze iets aan het project gehad hebben, omdat er dan door de buitenwereld wordt geconcludeerd dat je kwetsbaar bent of in eerste instantie wat fout zou doen. Het is daarom de vraag of ouders begrijpen wat de doelgroep van het B.Slim project is. Geconcludeerd zou kunnen worden dat de ouders in de wijk Kruiskamp/Koppel de bijdrage van B.Slim niet als zeer positief hebben ervaren. Er is weinig naamsbekendheid en

de ouders die het project kennen zijn vaak niet positief. Er wordt met name te weinig benadering vanuit het B.Slim project naar de ouders toe ervaren. De ervaren effectiviteit is dus laag.

Methodische kanttekeningen

De algemene doelstelling van dit explorerende determinantenonderzoek was inzicht verkrijgen in de determinanten, externe factoren en barrières die van invloed zijn op de vorming van de intenties van ouders uit de Amersfoortse wijk Kruiskamp/Koppel ten aanzien van het eet- en beweeggedrag van hun kinderen in de basisschoolleeftijd en in hoeverre het B.Slim project hier aan heeft bijgedragen. Er zijn bij dit onderzoek verschillende methodische kanttekeningen te noemen. Ten eerste is het de vraag of de genoemde intenties van ouders ook daadwerkelijk uitgevoerd worden. Ouders vinden dat hun kinderen gezond eten en genoeg bewegen. De vraag is of dit dan ook feitelijk zo is. Het is mogelijk dat ouders hierin sociaal wenselijke antwoorden geven. Ook hebben niet alle ouders duidelijk antwoord gegeven op de gestelde vragen of hier geen uitspraken over gedaan, waardoor er soms geen sprake was van een totaal van 100% bij de resultaten. Daarnaast was er sprake van non-respons. Redenen van gezinnen om niet mee te willen werken, waren verschillend. Veel mensen hadden geen tijd, voornamelijk veel vrouwen wilden niet meewerken omdat ze de taal niet goed genoeg spraken en ook een aantal mensen vond het idee van de samenwerking van dit onderzoek met de GGD beangstigend. Juist deze mensen, die de taal niet genoeg spreken of afschrikken door het noemen van de GGD, zouden interessant geweest zijn voor dit onderzoek.

Verder werd duidelijk dat het moeilijk is om bewoners van een flat te benaderen, omdat hier vaak sprake is van een intercomsysteem. Dit zorgt er ook voor dat er sneller sprake is van non-respons. Daarom werd er soms voor gekozen om, wanneer eenmaal binnen in een flat, langs de deuren te gaan in plaats van eerst via de intercom te bellen. Ook was er soms sprake van een taalbarrière, waardoor mensen vaak niet mee wilden werken en de non-respons waarschijnlijk hoger is uitgevallen dan wanneer hier geen sprake van was. Verder werd er niet altijd systematisch doorgevraagd tijdens de interviews. Ouders geven soms ook geen antwoord op de vragen die gesteld worden, waardoor uit het antwoord niet altijd duidelijk werd van welke determinanten sprake was. Door het risico van overlap tussen de determinanten, zou het kunnen dat de determinanten niet goed te onderscheiden zijn. Ook is er van te voren niet voldoende aandacht besteed aan de operationalisering van de ‘voldoende’ beweging en ‘gezond’ eetgedrag, waardoor persoonlijke interpretatie mogelijk was. Er werd geprobeerd dit zoveel mogelijk te beperken, door tussentijds te wisselen van tweetallen die de

interviews afnemen en tussendoor de resultaten te analyseren. Tot slot moet er rekening gehouden worden met de beperkte representativiteit van dit onderzoek. Vaak werden er alleen interviews afgenomen wanneer ouders bekend waren met het B.Slim project. Hierdoor is het interview niet geheel representatief voor de doelgroep van het project.

Implicaties

Uit dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek naar voren gekomen. Ouders gaven aan dat mond-tot-mond reclame kan zorgen voor meer naamsbekendheid. Ook werd er aangegeven dat B.Slim meer rekening moet houden met iemands situatie, zoals financieel vermogen en taal. Zo gaven ouders aan dat het zou helpen wanneer het project ervoor zorgt dat er goedkoop gesport kan worden bij bijvoorbeeld een vereniging. Verder is een aanbeveling voor het B.Slim project meer te benadrukken wat de doelgroep van het project is. Uit de resultaten blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de werkelijke doelgroep van B.Slim. Ouders denken dat de doelgroep enkel bestaat uit mensen van allochtone afkomst of ouders van kinderen met overgewicht. Dit beeld van ouders kan van negatieve invloed zijn op de ervaren effectiviteit van het project. Ouders krijgen het idee dat ze niet tot de doelgroep behoren. Wellicht zou het B.Slim project in de toekomst op deze aanbevelingen kunnen inspelen. Daarnaast is dit onderzoek gericht op ouders van kinderen in de basisschoolleeftijd. Er is echter niet systematisch gekeken naar het effect van de leeftijd van kinderen. Braet en collega's (2010) stellen dat wanneer kinderen ouder worden, ouders minder invloed kunnen uitoefenen op hun eet- en beweeggedrag. Wellicht zou het voor toekomstig onderzoek interessant zijn het verschil tussen jongere en oudere kinderen te onderzoeken, omdat uit de resultaten naar voren komt dat de leeftijd van het kind volgens ouders effect heeft op het eet- en beweeggedrag van het kind. Dit onderzoek was gericht op de vorming van de intenties van ouders ten aanzien van eet- en beweeggedrag. Dit heeft interessant onderzoeksresultaten opgeleverd. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de concurrerende relatie tussen voeding en beweging. Ook speelt de media mogelijk een rol in het uitoefenen van invloed op de intenties van ouders ten aanzien van eet- en beweeggedrag. Kinderen kijken bijvoorbeeld liever televisie dan dat ze gaan buitenspelen. Nader onderzoek kan hierop gericht zijn. Ten slotte is het mogelijk interessant om toekomstig onderzoek grootschaliger uit te voeren. Door observaties en de kinderen te vragen naar het feitelijke gedrag kan de integratie tussen de intenties en het daadwerkelijke uitgevoerde gedrag worden onderzocht.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:org/10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Verkregen op 17 februari 2014, van <http://www.citeulike.org/group/38/article/235626>
- Baar, P., Wubbels, T., & Vermande, M. (2007). Algemeen methodische voorwaarden voor effectiviteit en de effectiviteitspotentie van Nederlandstalige antipestprogramma's voor het primair onderwijs. *Pedagogiek*, 1, 71-90. Verkregen op 24 maart 2014, van <http://www.pedagogiek-online.nl.proxy.library.uu.nl/index.php/pedagogiek/article/viewFile/326/325>
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Noordhoff Uitgevers: Groningen/Houten.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bastiaans, A. J. C., Baerveldt, C., & Jansen, J. (2012). Opvoedingsondersteuning bij de preventie en aanpak van overgewicht: De rol van opvoedstijlen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 160-166. doi:10.1007/s12508-012-0066-0
- Bauman, A. E., Sallis, J. F., Dzawaltowski, D. A., & Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity: The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, determinants and confounders. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 5-14. doi:10.1016/S0749-3797(02)00469-5
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 858-869. doi:10.1038/sj.ijo.0802532
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs
- Braet, C., Moens, E., & Verbeken, S. (2010). Adolescenten met obesitas. In M. Clerckx, R. De Groot, & F. Prins (Eds.), *Grensoverschrijdend gedrag van pubers (p. 153)*. Antwerpen: Garant.
- Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: A conceptual framework. *Health Promotion International*, 15, 369-376. doi: 10.1093/heapro/15.4.369
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240

- Dennison, B. A., Tara, A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in the bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics, 109*, 1028-1035. doi:10.1542/peds.109.6.1028
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intention. *Health Education Research, 3*, 273-282. doi:10.1093/her/3.3.273
- Duncan, S., McPhee, J. C., Schluter, P. J., Zinn, C., Smith, R., & Schofield, G. (2011). Efficacy of a compulsory homework programme for increasing physical activity and healthy eating in children: The healthy homework pilot study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*, 127. doi:10.1186/1479-5868-8-127
- GGD regio Utrecht (2012). *Werkblad beschrijving interventie 'B.Slim beweeg meer.eet gezond'*. Loket gezond leven, 3-56. Verkregen op 24 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/bijlagen/Interventie6951/Certificering/Beschrijving%20B%20Slim.pdf>
- Golan, M., & Crow, S., (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research, 12*, 357-362. doi:10.1038/oby.2004.45
- Grow, H. M. G., Cook, A. J., Arterburn, D. E., Saelens, B. E., Drewnowski, A., & Lozano, P. (2010). Child obesity associated with social disadvantage of children's neighborhoods. *Social Science and Medicine, 71*, 584-591. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.018
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., & Robinson-O'Brien, R. (2008). Child versus parent report of parental influences on children's weight-related attitudes and behaviors. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 783-788. doi:10.1093/jpepsy/jsn016
- Kiess, W., Reich, A., Muller, G., Meyer, K., Galler, A., Bennek, J., & Kratzsch, J. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence: Diagnosis, treatment and prevention. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 25*, 75-79. doi:10.1038/sj.ijo.0801704
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., St. George, S. M., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 231-253. doi:10.1007/s10567-010-0073-0
- Koelen, M.A., & Van den Ban, A.W. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Kumanyika, S., & Grier, S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low-

- income populations. *Future of Children*, 16, 187-207. doi:10.1353/foc.2006.0005
- Lechner, L., Kremers, S., Meertens, R. & De Vries, H. (2008). Hoofdstuk 4: Determinanten van gedrag. In J. Brug, P. van Assema, & L. Lechner (Red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Lemelin, L., Gallagher, F., & Haggerty, J. (2012). Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle. *BioMed Central Nursing*, 11, 1-11. doi:10.1186/14726955-11-12
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J., & Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *Future of Children*, 16, 169-186. doi:10.1353/foc.2006.0006
- McLean, N., Griffin, S., Toney, K., & Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: A systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity*, 27, 987-1005. doi:10.1038/sj.ijo.0802383
- Monasta, L., Batty, G. D., Macaluso, A., Ronfani, L., Lutje, V., Bavcar, A., ... Cattaneo, A. (2011). Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: A systematic review of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12, 107-118. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00774.x
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., & Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 4, 1571-1729. doi:10.1002/ebch.462
- Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24, 83-92. doi:10.1080/07315724.2005.10719448
- Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F., & Magnusson, J. (2010). Parental perceptions regarding healthy behaviors for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews*, 11, 338-353. doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00648.x
- Profi-leren (2014). Preventie en gezondheidsvoorlichting. *Sociaal Agogisch Werk, Digitale Content 48*. Velp: Uitgeverij Angerenstein. Verkregen op 3 mei 2014, van http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc48.pdf
- Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, 22-42. Verkregen op

- 18 juni 2014, van <http://www.journalsi.org/index.php/si/article/viewArticle/186>
- Reynolds, S. L., Saito, Y., & Crimmins, E. M. (2005). The Impact of obesity on active life expectancy in older American men and women. *The Gerontologist*, *45*, 438-444. doi:10.1093/geront/45.4.438.
- Roth, J., Qiang, X., Marban, S. L., Redelt, H., & Lowell, B. C. (2004). The obesity pandemic: Where have we been and where are we going? *Obesity Research*, *12*, 88-101. doi:10.1038/oby.2004.273
- Schönbeck, Y., Talma, H., van Dommelen, P., Bakker, B., Buitendijk, S. E., HiraSing, R. A., & Van Buuren, S. (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: A comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *Plos One*, *6*, 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0027608
- Schrijvers, C., & van Wijnen, L. (2008). Overgewicht. In Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. (Red.), *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd* (pp. 24-35). Bilthoven: RIVM.
- Slining, N. N., Mathias, K. C., & Popkin, B. M. (2013). Trends in food and beverage sources among us children and adolescents: 1989-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *113*, 1683-1694. doi:10.1016/j.jand.2013.06.001
- Storm, I., Nijboer, C., Wendel-Vos, G. C. W, Visscher, T. L. S., & Schuit A. J. (2006). *Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: Nationale en lokale mogelijkheden*. RIVM Rapport, 2-63. Verkregen op 12 maart 2014, van <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061002.pdf>
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, 149-157. doi:10.1002/14651858
- Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C., & James, W. P. T. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, *7*, 123-146. doi:10.1079/PHN2003585
- Van den Hurk, K., Van Dommelen, P., De Wilde, J. A., Verkerk, P. H., Van Buuren, S., & HiraSing, R. A. (2006). Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004 (TNO-rapport KvL/JPB/2006.010). Leiden: TNO. Verkregen op 10 februari 2014, van <https://www.tno.nl/downloads/PZSCOvergewichtRapport.pdf>
- Van Wouwe, J. P., Render, C. M., Bruil, J., & HiraSing, R. A. (2004). Overgewicht bij kinderen. *Bijblijven*, *20*, 370-376. doi:10.1007/BF03059810

World Health Organization (WHO) (2002). *World health report 2002*. Genève. Verkregen op 10 februari 2014, van http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1