

Needs assessment

Gezondheidsdeterminanten Hindostanen



Ellen Ricke,
functionaris gezondheidsbevordering GGD Den Haag

Barend Middelkoop,
hoogleraar Public Health LUMC en senior epidemioloog GGD Den Haag

Voor informatie kunt u contact opnemen met ellen.ricke@denhaag.nl

December 2013

Management samenvatting

Het needs assessment Gezondheidsdeterminanten Hindostanen is geschreven, omdat de GGD van Den Haag in de loop der jaren veel bereikt heeft ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl, maar er toch een aantal doelgroepen achterblijft. De Hindostaanse gezinnen vormen één van de voornaamste doelgroepen waarbij tot nu toe nog beperkt resultaat bereikt is. Er is nog steeds een gebrek aan gegevens om betere interventies en beter beleid voor deze minderheidsgroep te ontwikkelen. Dit leidt tot de volgende vraagstelling:

“Kan een cultuurspecifieke leefstijl interventie leiden tot een betere kwaliteit van leven van Hindostaanse gezinnen?”

Om antwoord te kunnen geven op deze vraagstelling is literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek uitgevoerd en zijn er conclusies getrokken en adviezen ontwikkeld.

Conclusies

- Collectivisme is een belangrijke component van de Hindostaanse cultuur.
- Hindostanen hebben een lage self-efficacy, zij zien zichzelf niet in staat om zelf belangrijke veranderingen in hun leven aan te brengen.
- Er is sprake van een externe locus of controle (fatalisme).
- Hindostanen ervaren sociale en culturele barrières.
- Deelnemers aan het onderzoek willen meer gaan sporten/bewegen.

Aanbevelingen

Om de kwaliteit van leven van Hindostaanse gezinnen te verbeteren, moet er een interventie ontwikkeld worden gericht op het vergroten van de fysieke activiteit van deze gezinnen. De interventie moet zich in ieder geval richten op:

- het vergroten van kennis,
- self-efficacy
- en de subjectieve norm.

Voordat de interventie ontwikkeld kan worden, moet er eerst aanvullend onderzoek gedaan worden in de zin van Participatief Actie Onderzoek om beter te begrijpen hoe zaken als subjectieve norm en self-efficacy bij Hindostaanse gezinnen zouden kunnen worden beïnvloed. Aangezien de gezondheidsproblemen waar Hindostaanse volwassenen mee te maken hebben, al in de vroege jeugd aangepakt moeten worden, is het van belang om vooral kinderen bij het vervolgonderzoek te betrekken.

Voorwoord

Dit needs assessment is tot stand gekomen met het idee om gezondheidsverschillen tussen etnische groepen in Den Haag te verkleinen. Het terugdringen van gezondheidsverschillen vormt de kern van de preventieve gezondheidszorg. Van de etnische groepen is voor Hindostanen gekozen, omdat door hun specifieke lichaamsbouw de ernst van hun gezondheidsrisico's niet direct zichtbaar is.

Dankzij de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland kon dit project van start gaan. De auteurs willen haar dan ook hartelijk bedanken voor deze mogelijkheid.

Tevens gaat grote dank uit naar de vrijwilligers van Stichting Hindustani, die zich ingezet hebben voor het afnemen van de vragenlijsten. Dank gaat ook uit naar degenen die de vragenlijsten ingevoerd hebben. En niet in de laatste plaats heel veel dank aan de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag, die het heeft toegestaan dat er data in haar gemeenschap verzameld werd.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	2
Voorwoord.....	3
1. Inleiding	6
2. Fase 1 Probleemanalyse	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Historische context.....	8
2.3 Gezondheid van Hindostanen in Den Haag (prevalentie van het gezondheidsgedrag).....	10
2.4 Gevolgen van het gezondheidsgedrag	13
3. Fase 2 Analyse van gedrag.....	15
3.1 Leefstijl en gedrag	15
3.2 Fysieke en sociale omgevingsfactoren	15
3.3 Persoonskenmerken.....	17
3.4 Het voorkomen van een ongezonde leefstijl.....	18
3.4.1 Methode:	18
3.4.2 Doelgroep:	18
3.4.3 Meetinstrumenten:	19
3.4.4 Data invoer en cleaning:	22
3.4.5 Analyse van de data:	22
3.4.6 Resultaten:.....	22
3.5 Het formuleren van interventiedoelen	26
4. Fase 3 Analyse van determinanten van gedrag.....	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Sociaal psychologische theorieën.....	27
4.2.1 Collectivisme.....	27

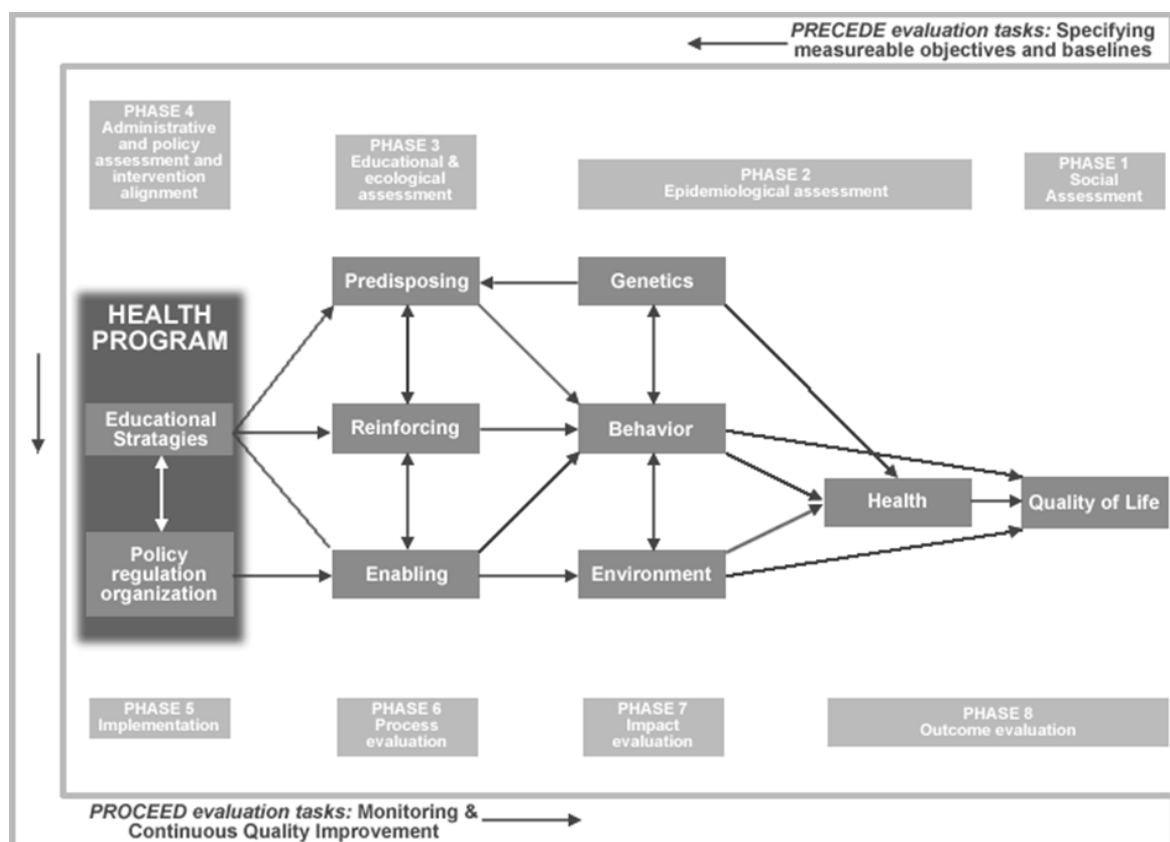
4.2.2 Interdependence theorie	27
4.2.3 Sociaal Cognitieve Theorie	28
4.2.4 I-Change model.....	28
4.2.5 Self-determination theorie.....	29
4.3 Determinanten en hun relatieve gewicht	30
5. Aanbevelingen	33
6. Referenties	34
7. Bijlagen	39

1. Inleiding

Needs assessment wordt in de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd. Hier wordt er vanuit gegaan dat een needs assessment een systematisch proces is, dat voorziet in waardevolle en bruikbare informatie over de behoeften van de doelgroep, voor diegenen die deze informatie kunnen en willen gebruiken om beslissingen te nemen over beleid en programma's. Een needs assessment is populatie specifiek, maar met een systematische focus en empirisch en uitkomst georiënteerd. Dus een needs assessment is een vorm van toegepast onderzoek, dat niet alleen data verzamelt en analyseert, maar juist de uitkomsten wil gebruiken (Reviere, Berkowitz, Carter & Ferguson, 1996).

Dit needs assessment wordt geschreven met als doel aanbevelingen te kunnen doen om een succesvolle, cultuurspecifieke leefstijl interventie te ontwikkelen, die de kwaliteit van leven van Hindostaanse families moet verbeteren.

Om een interventie effectief te laten zijn, is het een voorwaarde om modellen, waarin planmatig werken centraal staat en waarin ruimte is voor theorieën en strategieën, toe te passen (Brug, Assema, Lechner, 2010). De hoofdvraag, leidt een cultuurspecifieke leefstijl interventie tot een betere kwaliteit van leven, heeft betrekking op verandering van gedrag. En om deze vraag te kunnen beantwoorden is er voor gekozen een verandering-georiënteerde aanpak te volgen. Het model van Green en Kreuter (2005) het planning- en evaluatiemodel PRECEDE-PROCEED, hanteert een verandering-georiënteerde aanpak. Daarom is het PRECEDE-PROCEED model gebruikt.



Figuur 1: PRECEDE-PROCEED model (Green & Kreuter, 2005).

Het PRECEDE-PROCEED model heeft als uitgangspunt dat het ontwerpen en plannen van een interventiestrategie, die gedragsverandering stimuleert, afhangt van inzicht in de determinanten van dat gedrag en van de kennis over de methoden die de determinanten beïnvloeden om gedragsverandering te stimuleren (zie figuur 1). Onder determinanten wordt hier verstaan, de factoren die gedragsverandering bij een actor beïnvloeden (Green & Kreuter, 2005).

In dit needs assessment zullen de eerste drie fasen van het model uitgewerkt worden. In de eerste fase staat de probleemanalyse van het gezondheidsgedrag centraal. Hierbij zullen de prevalentie van het gezondheidsgedrag, de psychosociale gevolgen met kwaliteit van leven als maatstaf, de gevolgen voor de lichamelijke gezondheid en de gevolgen voor de maatschappij besproken worden. In fase twee worden zowel de persoonlijke als omgevingsdeterminanten in kaart gebracht, waarna in de derde fase concrete doelen geformuleerd worden en adviezen gegeven worden. Deze adviezen moeten zorgen voor strategieën die samen met de doelgroep gevormd zijn om het gezondheidsgedrag en de determinanten daarvan te beïnvloeden (de ontwikkeling van een effectieve gezinsinterventie).

Om de stappen van het model te kunnen doorlopen, zal eerst nog eenmaal de vraagstelling worden gedefinieerd:

“Kan een cultuurspecifieke leefstijl interventie leiden tot een betere kwaliteit van leven van Hindostaanse gezinnen?”

2. Fase 1 Probleemanalyse

2.1 Inleiding

De gezondheid en het welzijn van alle etnische groepen in Den Haag is fundamenteel voor de groei en ontwikkeling van individuen en gemeenschappen in de hele stad. Verder vormt het implementeren van beleid en programma's, om gezondheidsverschillen tussen sociaal economische en etnische groepen te verkleinen, de kern van de preventieve gezondheidszorg. Alhoewel de GGD van Den Haag in de loop der jaren veel bereikt heeft ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl, blijft er toch een aantal doelgroepen achter. De Hindostaanse gezinnen vormen een van de voornaamste doelgroepen waarbij tot nu toe nog beperkt resultaat bereikt is. Er is nog steeds een gebrek aan gegevens om betere interventies en beter beleid voor deze minderheidsgroep te ontwikkelen.

Ondanks het feit dat het aantal Hindostanen in Den Haag de laatste decennia sterk toegenomen is (volgens Den Haag in Cijfers 2012 wonen er nu ongeveer 50.000 Hindostanen in Den Haag), is er weinig onderzoek gedaan naar hoe Hindostaanse families hun gezondheid en welzijn ervaren. Enerzijds kan dit verklaard worden door het feit dat Hindostanen in Nederland niet als aparte groep geregistreerd staan. Anderzijds waren het de creolen die eerder in Nederland woonden en die in Suriname al eerder bekend waren met de Nederlandse cultuur, waardoor zij van het begin af aan eerder op de voorgrond zijn getreden. Op deze manier zijn Hindostanen vaak een onzichtbare en tot op zekere hoogte ook onbekende groep in brede lagen van de Nederlandse samenleving gebleven (Choenni & Adhin, 2003).

Organisatievorming onder de Hindostanen is in de loop der jaren tot stand gekomen om tegemoet te komen aan de eigen belangen, maar ook als reactie op hiaten die ervaren werden ten aanzien van openbare diensten. Community based organisaties zijn van groot belang voor empowerment van de doelgroep. Als gekeken wordt hoe Hindostanen zich handhaven in Nederland wordt alleen gekeken naar de sociaaleconomische, culturele en politieke dimensie (Choenni, 2004).

Empowerment ten aanzien van gezondheid en welzijn vindt nog weinig plaats. Voordat Hindostaanse organisaties aandacht kunnen besteden aan specifieke gezondheidsachterstanden waar Hindostanen mee te maken hebben (toegangsproblemen tot de gezondheidszorg en behoeften ten aanzien van preventie), zal er onder de doelgroep eerst een needs assessment plaats moeten vinden. Hierbij is de kracht van de organisaties de toegankelijkheid tot de doelgroep. Participatief onderzoek betreffende gezondheid en welzijn is voor de organisaties nog erg moeilijk, omdat er pas sinds kort door Hindostanen erkend wordt dat er gezondheidsachterstanden bij hen bestaan ten op zichten van andere etniciteiten (Leung, Yen & Minkler, 2004).

Om te kijken hoe het momenteel met de gezondheid van de Hindostanen in Den Haag gesteld is en hoeveel belang zij hechten aan componenten van de cultuur van hun land van herkomst, is dit project gestart. Als duidelijk is welke determinanten van invloed zijn op een gezonde leefstijl van Hindostanen, dan kan een cultuurspecifieke leefstijl interventie, die rekening houdt met de voorwaarden welke verbonden zijn aan hun cultuur, ontwikkeld worden met als doel de kwaliteit van leven van de Hindostanen te verbeteren.

2.2 Historische context

Hindostanen vormen samen ongeveer één procent van de Nederlandse bevolking en tegelijkertijd de helft van de Surinaamse gemeenschap. Surinaamse Hindostanen zijn diegenen, van wie hun (voor)ouders gemigreerd zijn uit het voormalig Brits-Indië naar Suriname (Choenni, 2004).

De meeste Hindostanen wonen in den Haag: 50.000, wat zo'n 10% van het totale inwoneraantal is (Den Haag in cijfers, 2012). Den Haag wordt dan ook wel gezien als de Europese hoofdstad van de Hindostanen (z.a., 1993; Choenni, 2004). Maar wie zijn nu deze Hindostanen en waar komen zij vandaan? Voordat antwoord op deze vraag gegeven kan worden, zal eerst de term Hindostanen verklaard worden.

Hindostanen zijn afstammelingen van de Brits-Indische contractarbeiders die tussen 1873 en 1917 naar Suriname werden gebracht. Daarmee staat de naam Hindostanen voor de afstamming van het land Hindostan (of Hindustan), de naam voor Brits-Indië in het Hindi en heeft dus een etnische betekenis en geen cultureel-religieuze (Choenni & Adhin, 2003).

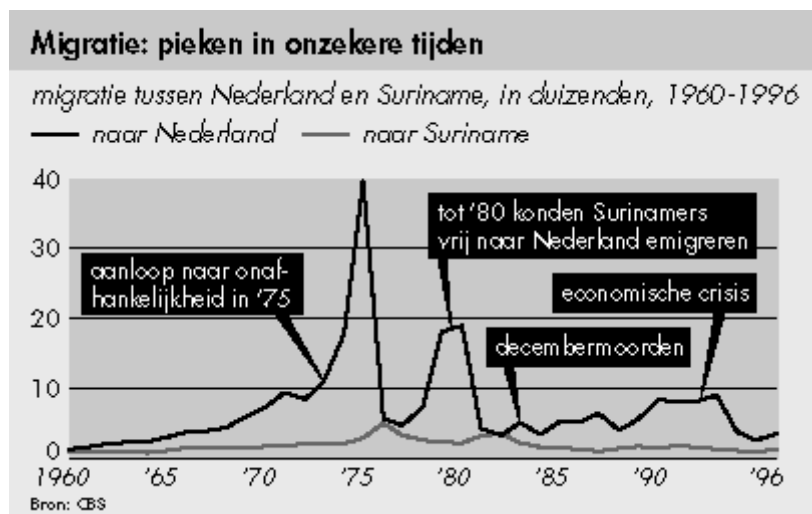
In de jaren vijftig en zestig migreerden de eerste Hindostanen vanuit Suriname naar Nederland. Dit waren voornamelijk eerste generatie Hindostanen uit de hogere sociale klasse (mensen die in staat waren om de overtocht te betalen), studenten en in enkele gevallen verpleegkundigen. Zij waren voornamelijk afkomstig uit Paramaribo en werden de zogenaamde 'gelukzoekers' genoemd (Choenni, 2003; Choenni, 2004). De meeste Hindostanen vestigden zich toen in Den Haag (een zeker etnisch antagonisme en affiniteit met het Koninklijk Huis hebben naar het schijnt mede een rol gespeeld) (Choenni, 2003). In deze tijd migreerde meestal één familielid of slechts enkele familieleden, zodat in deze tijd familiebanden tussen gemigreerde Hindostanen nauwelijks een rol speelden. Het was veel belangrijker om tot de Hindostaanse groep te behoren (gemeenschapsvorming). Er werden in deze tijd, vanwege het relatief hoge opleidingsniveau, veelal politiek georiënteerde organisaties opgericht (Choenni, 2004).

In 1975, rond de onafhankelijkheid van Suriname, kwam de migratie van eerste generatie Hindostanen vanuit Suriname naar Nederland echt op gang. Het ging nu vooral om grote aantallen

politiek getraumatiseerde Hindostanen (vluchtelingen), die hun huis, erf of landerij voor een minimum hebben moeten verkopen of achter hebben gelaten voor familieleden. Deze groep Hindostanen komt met name uit Nickerie en de randdistricten van Paramaribo (het Surinaamse platteland). Aangezien zij gevlucht waren en weinig tot geen bezittingen meer hadden, werden zij in Nederland veelal opgevangen door familie, vrienden of kennissen die al eerder naar Nederland gemigreerd waren. Vandaar dat veel Hindostanen ook nu weer in Den Haag terecht kwamen (kettingmigratie) (Choenni, 2003; Choenni, 2004). In deze tijd waren familiebanden zeer belangrijk. Om te zorgen voor de vestiging en een goede inbedding van het grote aantal Hindostanen wat naar Nederland was gekomen, werd er veel aandacht besteed aan hulpverlening en welzijnswerk. Er ontstonden dan ook veel Hindostaanse stichtingen (Choenni, 2004).

Tot slot vond er een derde migratiegolf van Surinaams Hindostanen naar Nederland plaats in 1980. Deze migratiegolf had waarschijnlijk te maken met het feit dat de overeenkomst tussen Nederland en Suriname, die een vrij verblijf en vrije vesting in Nederland mogelijk maakte, eind november 1980 kwam te vervallen (Choenni, 2003). De Hindostanen die nu naar Nederland kwamen, waren veelal politieke en economische vluchtelingen uit de midden en hogere sociale klasse.

Zoals figuur 2 laat zien, zijn er na 1980 nog wel Surinaams Hindostanen naar Nederland gekomen, maar er is geen sprake meer van een migratiegolf. De Decembermoorden in 1982 zorgden voor politieke vluchtelingen. De slechte economische situatie in Suriname in de jaren negentig was de oorzaak voor economische vluchtelingen.



Figuur 2: Migratie tussen Nederland en Suriname, 1960-1996 (CBS, 2013).

Dit jaar, 2013, wordt al weer 140 jaar Hindostaanse migratie herdacht. Toch hebben ook Hindostanen, zoals dat bij de meeste migranten gaat, hun cultuur trachten te institutionaliseren (Gowricharn, z.j.). Veruit de belangrijkste institutie in dit verband is het gezin en de bijbehorende familiebanden. Naast het gezin is de oprichting van bedrijven die cultuurspecifieke goederen (bijvoorbeeld kleding, voedsel, enz.) en diensten (bijvoorbeeld religieuze diensten, Hindoe- en Moslimscholen, tempels, moskeeën, radio- en televisieomroepen, enz.) aanbieden een tweede pijler van dit institutionaliseringsproces (Gowricharn, z.j.). Door de migratie van Surinaams Hindostanen naar Nederland, is de Hindostaanse gemeenschap in Nederland sterk gegroeid, waardoor het culturele reproductievermogen van de Hindostanen sterk toegenomen is. Het is mogelijk geworden om een eigen cultureel gemeenschapsleven te ontwikkelen en aansluiting met andere culturele

centra te behouden en virtueel of anderszins daarin te participeren. Want de ontwikkeling van de Hindostaanse cultuur gaat deels de niet-westerse kant op (Gowricharn, z.j.). Onder condities van welvaart en technologie is de emotionele behoefte om betrekkingen te onderhouden met cultureel verwante gemeenschappen of om daarnaar toe te gaan, groot en wordt er ook uiting gegeven aan die behoeften. Het bestaan van een gezaghebbende broncultuur als India fungeert als stabiel referentiepunt voor Hindostanen. Op deze manier kan er voor een blijvende identificatie en imitatie van die cultuur gezorgd worden (Gowricharn, z.j.).

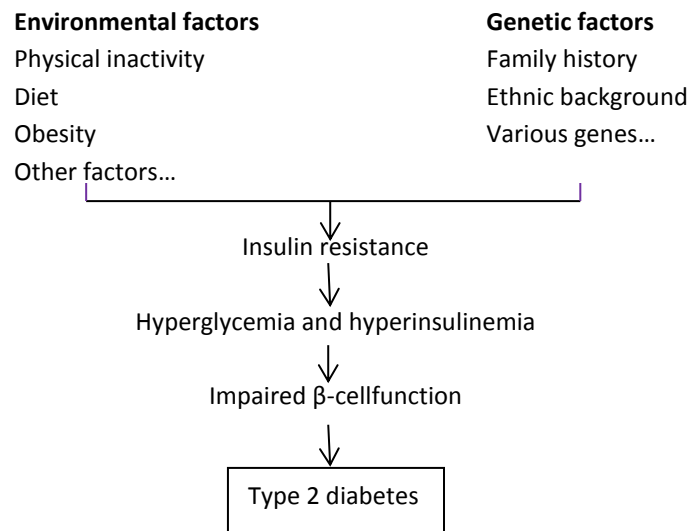
Naar Hindostanen wordt vaak gekeken als een buitengewoon succesvolle migranten groep. Dit heeft echter geleid tot een karakterisering, die bekend staat als de 'Model Minority Myth' (Le, 2013). 'Model minority' verwijst naar een etnische of religieuze minderheidsgroep, van wie de leden een hogere graad van succes behalen dan het gemiddelde van de populatie. Dit succes wordt vooral gemeten aan de hand van inkomen, opleiding en gerelateerde factoren zoals een lage vertegenwoordiging in criminaliteit en een hoge gezinsstabiliteit. Verder wordt er over een mythe gesproken, omdat het om etnische stereotyperingen gaat (Le, 2013). Mensen van de tweede migratie golf hebben een heel ander opleidings- en inkomsten niveau, dan mensen van de eerste migratiegolf. De 'Model Minority Myth' is een probleem voor de gezondheid van de Hindostanen in Den Haag. Ten eerste omdat zij vaak gezien worden als welvarend en gezond, zonder sociale of gezondheidsproblemen. Ten tweede komt hierdoor niet goed aan het licht, dat veel Hindostanen de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, een lage sociaaleconomische status hebben en onvoldoende toegang hebben tot de gezondheidszorg. Toegankelijkheid tot de gezondheidszorg heeft in dit geval te maken met de kwaliteit van zorg. Hindostanen bezoeken hun huisarts vaker dan autochtonen, maar ervaren de zorg niet als kwalitatief goed door culturele- en taalbarrières en door problemen met interpersoonlijke communicatie (Choenni, 2003). De maatschappelijke positie van Hindostanen vertoont weliswaar vooruitgang, maar heeft nog niet het gemiddelde niveau van autochtonen bereikt (Choenni, 2003).

2.3 Gezondheid van Hindostanen in Den Haag (prevalentie van het gezondheidsgedrag).

Eind jaren '80 kreeg de GGD van Den Haag een melding van een aantal huisartsen, dat het aantal Hindostanen met diabetes sterk was toegenomen. Het sterftecijfer ten gevolge van diabetes, is in de periode 1970-1990 toegenomen in Nederland, maar de toename in Den Haag bleek het grootst. Het hoge sterfte cijfer in Den Haag ten gevolge van diabetes, kon gerelateerd worden aan de migratie van Surinaams Hindostanen naar Den Haag (Middelkoop, Kesarlal-Sadhoeram, Ramsaransing & Struben, 1999).

Aan de hand van prevalentie onderzoek, wat uitgevoerd is door de GGD van Den Haag, kan verwacht worden dat bijna één op de twee Hindostanen in Den Haag in zijn leven diabetes type II zal ontwikkelen. De prevalentie van zelf gerapporteerde diabetes is onder Hindostanen zes tot tien keer hoger dan onder Nederlanders (Bree, Roos & van der Meer, 2003). Ook komt diabetes bij Hindostanen al op veel jongere leeftijd voor dan bij Nederlanders en dan vooral bij Hindostanen die in achterstandswijken wonen (15-20% van de dertigjarigen had hier al diabetes type II) (Middelkoop, 2002). Diabetes blijkt de kwaliteit van leven van Hindostanen sterk te verlagen (Vyas, e.a., 2003; Khunti, e.a., 2008).

Een hoger vetpercentage en fysieke inactiviteit zijn belangrijke oorzaken van diabetes type II (zie figuur 2).



Figuur 3: Meerdere omgevings- en genetische factoren die leiden tot diabetes type II (Alcazar, Ho & Goodyear, 2007).

Uit diverse onderzoeken blijkt dat vooral kinderen van Hindostaanse afkomst op latere leeftijd een hoog risico hebben op diabetes type II en cardiovasculaire aandoeningen (Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas & Hallowell, 2006; Owen, Nightingale, Rudnicka, Cook, Ekelund & Whincup, 2009; Owen, e.a., 2010; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2010; Jepson, Harris, Bowes, Robertson, Avan & Sheikh, 2012). Dit komt omdat de ‘volwassen ziekten’ als diabetes type II en hart- of vaatziekten hun oorsprong in de jonge jaren hebben. Bij de jeugd is dus sprake van risicofactoren (Hollar, Messiah, Lopez-Mitnik, Hollar, Almon & Agatston, 2010). Genetische factoren spelen een belangrijke rol. De toegenomen incidentie van diabetes type II wordt sterk geassocieerd met centrale (intra-abdominale) obesitas en hyperinsulinemie (Chowdhury, Grace & Kopelman, 2003). Hindostanen blijken meer insuline resistent, zelfs al op jonge leeftijd. De relatie tussen obesitas en insuline resistentie vindt bij Hindostanen waarschijnlijk bij lagere vetpercentages plaats dan bij Europeanen (Whincup, Gilg, Papacosta, Seymour, Miller, Alberti & Cook 2002; Chowdhury, Grace & Kopelman, 2003). Dit komt omdat Hindostaanse baby’s een zogeheten ‘thin-fat’ fenotype hebben; ze hebben over het algemeen een lager geboortegewicht dan baby’s van andere etnische groepen en hebben tegelijkertijd een hoger vetpercentage. Deze karakteristieke lichaamssamenstelling behouden Hindostanen gedurende hun hele leven (De Wilde, Zandbergen-Harlaar, Van Buuren & Middelkoop, 2012). 25,1% van de 9-15 jarige Surinaams Hindostaanse kinderen in Den Haag heeft overgewicht, terwijl dit bij de 2-6 jarigen nog maar 6.7% is (De Wilde, Keetman & Middelkoop, 2012). Deze sterke stijging in prevalentie brengt ernstige gezondheidsrisico’s met zich mee. Behalve overgewicht speelt gebrek aan voldoende lichamelijke activiteit een belangrijke rol bij het ontstaan van diabetes type II.

In 2011 voldeed ongeveer 58% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor hun leeftijdsklasse (Wendel-Vos, 2013). De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is vooral gericht op het onderhouden van gezondheid op de langere termijn. Deze norm is verschillend voor jongeren, volwassenen en ouderen (zie tabel 1).

Tabel 1: Nederlandse Norm Gezond Bewegen (Kemper, Oijendijk & Stiggelbout, 2000)

Doelgroep	Norm
Jongeren	Dagelijks één uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 5 METs), waarbij de activiteiten minimaal tweemaal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).
Volwassenen	Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 4 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.
55-plussers	Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit (≥ 3 METs) op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week

Slechts 28% van de jongeren van 12 tot 16 jaar voldeed in 2011 aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor jongeren: 32% van de jongens en 25% van de meisjes (Wendel-Vos, 2013). Over de prevalentie van onvoldoende lichamelijke activiteit bij jongere kinderen zijn weinig gegevens te vinden. Er is onvoldoende inzicht in de mate waarin kinderen bewegen. Het aantal kinderen dat voldoende lichamelijk actief is, varieert in de onderzoeken van 0% tot 94%. Deze verschillen zijn voor een belangrijk deel het gevolg van verschillen in steekproefsamenstelling en de gebruikte meetinstrumenten, maar worden vooral veroorzaakt door het ontbreken van consensus over de definitie van lichamelijke activiteit bij kinderen (Dijkman, 2003; Kemper, Oijendijk & Stiggelbout, 2000). Echter studies naar fysieke activiteit bij kinderen van verschillende etniciteit tonen aan dat kinderen van Hindostaanse afkomst significant minder bewegen dan kinderen van een andere etniciteit (Owen, Nightingale, Rudnicka, Cook, Ekelund & Whincup, 2009; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2010). Geringe fysieke activiteit komt niet alleen voor bij kinderen van Hindostaanse afkomst, maar ook hun ouders bewegen significant minder dan volwassenen van een andere etniciteit (Fischbacher, Hunt & Alexander, 2004; Jepson, e.a., 2012).

In de Rapportage Sport 2006 wordt een relatie gelegd tussen de sportdeelname van kinderen en de sportdeelname van hun ouders. Het deelnemen door een of meer ouders aan een sport vergroot de kans dat een kind die sport ook beoefent aanzienlijk. Ook het gezinsinkomen en de opleiding van de ouders blijkt van invloed te zijn op de sportdeelname van het kind (Breedveld & Tiessen-Raaphorst, 2006).

Behalve dat kinderen minder zijn gaan bewegen, neemt ook het sedentair gedrag (het aantal uren per dag zitten of liggen zonder te slapen) sinds 2006 langzaam toe. 43% van de kinderen (4-11 jaar) vertoont sedentair gedrag (meer dan twee uur per dag TV kijken/computeren in de vrije tijd) (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013).

Ondanks het feit dat er weinig gegevens te vinden zijn over de prevalentie van onvoldoende lichamelijke activiteit bij kinderen, is het belang van lichamelijke activiteit op de gezondheid wel duidelijk. Een samenvatting hiervan is terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2: Bewezen positieve effecten van beweging op de gezondheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001)

Bewezen positieve effecten van beweging op de gezondheid		
Ontstaan van ziekten	<i>Overtuigend bewijs:</i> Hart- en vaatziekten, niet-insulineafhankelijke diabetes, overgewicht en osteoporose <i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> Beroerte, depressie, colon- en borstkanker	Primaire preventie
Gezondheidsparameters (fysieke, geestelijke en psychosociale)	<i>Overtuigend bewijs:</i> Lichaamsgewicht, vetpercentage, bloeddruk, ratio HDL/LDL-cholesterol, triglyceridengehalte, glucosetolerantie, insulinegevoeligheid, botdichtheid, slaappatroon <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> Coördinatie, reactievermogen, reactiesnelheid, geheugen, psychosociaal welbevinden, gemoedstoestand, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, zelfwaarde	Secundaire preventie
Beloop van ziekten	<i>Overtuigend bewijs:</i> Coronaire hartziekten, niet-insulineafhankelijke diabetes, overgewicht <i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> CARA, osteoporose, beroerte, angst en depressie, reumatoïde artritis, epilepsie, cystic fibrosis <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> Onder andere artrose, bekkeninstabiliteit, nierziekten, lage rugpijn, ziekte van Parkinson, lichamelijke- verstandelijke- en zintuiglijke handicap	Tertiaire preventie

2.4 Gevolgen van het gezondheidsgedrag

De sociale- en psychische gevolgen van onvoldoende lichamelijke activiteit uiten zich in de jonge jaren voornamelijk in overgewicht- en obesitas gerelateerde problemen. Deze gevolgen kunnen worden uitgedrukt in kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan (Sprangers, 2009).

Bewegingsarmoede is een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van overgewicht en obesitas. Bij kinderen met overgewicht of obesitas is de kwaliteit van leven relatief laag. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de kwaliteit van leven van obese kinderen ongeveer 5,5 maal lager

is dan die van kinderen zonder overgewicht (gemeten met de PedsQL vragenlijst (gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven), waaruit scores met betrekking tot fysieke en psychosociale gezondheid gehaald worden, waarbij de maximale score 100 is). Daarmee is de score van deze obese kinderen even laag als die van kinderen met kanker (Williams, Wake, Hesketh, Maher, & Waters, 2005). Obesitas leidt bij kinderen veelal tot een verminderd gevoel van eigenwaarde, onder andere door negatieve reacties van leeftijdsgenootjes (pesten, discriminatie, isolement in de groep). Verder kunnen obese kinderen de fysieke competitie met leeftijdsgenootjes moeilijk aan. Deze zichzelf versterkende processen kunnen direct en indirect leiden tot een verstoring in de emotionele ontwikkeling en in het psychosociaal functioneren in de schoolcarrière op de kinderleeftijd, maar ook op latere leeftijd tijdens de werkcarrière (Braet, Mervielde & Vandereycken, 1997).

Fysieke activiteit kan een positief effect hebben op de psychische gezondheid en sociale ontwikkeling. Als een kind lid wordt van een sportvereniging biedt dat mogelijkheden om duurzame positieve sociale interacties en moreel gedrag te bevorderen. De sociale ontwikkeling komt dan tot uitdrukking in de relaties tussen kinderen onderling en in de relatie tussen het kind en de trainer (Stegeman, 2007). Het effect van fysieke activiteit op de psychische gezondheid is dat het kan zorgen voor een vermindering van depressie en angst en voor een verhoging van het gevoel van eigenwaarde (Stegeman, 2007). Het hele psychosociale functioneren van kinderen met overgewicht of obesitas kan leiden tot een verhoogde kans van 30-50% op een negatief zelfbeeld. In een later stadium zou dit kunnen leiden tot psychische klachten (Sreenivas Dutt Gunturu & Svetlana Ten, 2007).

Bij Hindostaanse kinderen spelen deze sociale- en psychische gevolgen van overgewicht niet direct een rol, omdat Hindostaanse kinderen obees kunnen zijn, zonder dat dit direct te zien is. Zoals eerder beschreven komt dit doordat Hindostaanse kinderen een thin-fat fenotype hebben.

De somatische gevolgen van overgewicht zijn bij kinderen met overgewicht vooral terug te zien in orthopedische en neurologische problemen, maar ook diabetes type II komt door de hoge prevalentie van overgewicht op de kinderleeftijd steeds meer voor. Verder lopen kinderen met overgewicht of obesitas op oudere leeftijd een aanzienlijk groter risico op hart- of vaatziekten en diabetes type II (Reilly, Methven, McDowell, Hacking, Alexander, Stewart & Kelnar, 2003).

Onvoldoende bewegen is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting ruim 8.000 sterfgevallen (ofwel ongeveer 6% van het totaal aantal sterfgevallen) (Wendel-Vos, 2012).

De maatschappelijke gevolgen van overgewicht, obesitas en te weinig fysieke activiteit kunnen worden uitgedrukt in een verhoging van de medische consumptie. In 2004 zijn de gezondheidszorgkosten als gevolg van een onvoldoende actieve leefstijl geschat op 744 miljoen euro, 2% van de totale gezondheidszorgkosten in Nederland (Van Baal, Heijink, Hoogenveen & Polder, 2006). Overgewicht, obesitas en te weinig fysieke activiteit leiden tot een hoger risico op chronische ziekten. Dit risico leidt niet alleen tot verlies in levensjaren, maar ook tot verlies van het aantal jaren dat wordt geleefd in goede gezondheid, wat kosten met zich meebrengt.

Aan de hand van het Chronisch Ziekten Model van het RIVM kan berekend worden wat de te verwachten gezondheidswinst op bevolkingsniveau is met de bijbehorende kosteneffectiviteit, als op grote schaal gezondheidsmaatregelen worden genomen (Wendel-Vos, Ooijendijk, Van Baal, Storm, Vijgen, Jans, Hopman-Rock, Schuit, De Wit & Bemelmans, 2005). Als gezondheidsmaatregelen grootschalig worden ingezet, kunnen in een periode van twintig jaar ongeveer 15.000 tot 41.000 gevallen van diabetes type II¹ worden voorkomen, 17.000 tot 40.000 gevallen van coronaire

¹In 2007 bedroegen de kosten van diabeteszorg 1,0 miljard euro. In totaal maakten de kosten voor diabeteszorg 1,4% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Van de kosten voor diabetes wordt 58% uitgegeven aan genees- en hulpmiddelen, 14% aan ziekenhuiszorg en 9% aan ouderenzorg (Poos, Baan & Hamberg-van Reenen, 2012).

hartziekten en 43.000 tot ruim 100.000 aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voor deze maatregelen worden de kosten op zes euro per hoofd van de bevolking per jaar geschat. Ondanks de hoge kosten blijkt het inzetten van de maatregelen kosteneffectief te zijn. De kosten per gewonnen levensjaar bedragen ongeveer 6.000 tot 6.500 euro en per ‘voor kwaliteit van leven gecorrigeerd’ levensjaar (QALY) ongeveer 5.600 tot 6.100 euro. Dus het grootschalig inzetten van gecombineerde maatregelen gericht op bewegen en voeding (gezinsinterventie om risicofactoren bij jongeren zo klein mogelijk te houden) kan de verwachte negatieve trends in overgewicht en beweeggedrag gedeeltelijk keren, wat zorgt voor een verlaging van de medische consumptie (Wendel-Vos, Ooijendijk, Van Baal, e.a., 2005).

3. Fase 2 Analyse van gedrag

Zoals in de probleemanalyse beschreven, hebben Hindostanen te maken met overgewicht en bewegen ze te weinig. Wat is de oorzaak van deze problemen? Om antwoord op deze vraag te kunnen geven, worden de risicofactoren ingedeeld in drie groepen;

1. Leefstijl en gedrag
2. Fysieke en sociale omgevingsfactoren
3. Persoonskenmerken (Brug, Van Assema & Lechner, 2010).

3.1 Leefstijl en gedrag

De leefstijl, gedrag zoals eetgewoonten en fysieke activiteit, is van invloed op de gezondheid. Overgewicht is het resultaat van een verstoorde energiebalans. De energiebalans is in evenwicht als het lichaam evenveel energie verbruikt door fysieke activiteit, als dat het aan energie opneemt via de voeding. Voeding met een hoge energiedichtheid, rijk aan vet of suiker en arm aan vezels, verhoogt de energie-inname (Visscher, Van Bakel & Zantinge, 2012).

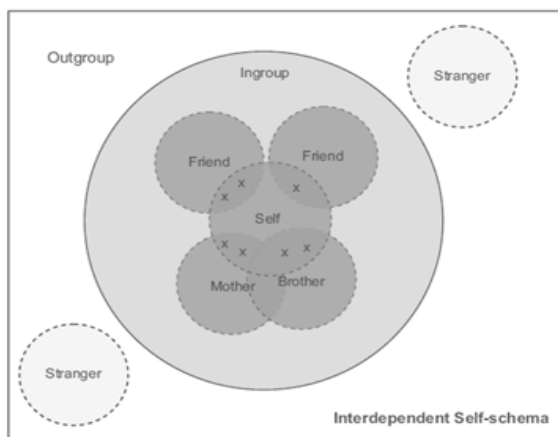
Zoals in hoofdstuk 2.3 genoemd bewegen kinderen van Hindostaanse afkomst, evenals hun ouders significant minder dan kinderen en volwassenen van een andere etniciteit. Kwalitatieve studies tonen als oorzaak van geringe fysieke activiteit bij deze volwassenen aan, een gebrek aan tijd, culturele en sociale barrières en het nut van fysieke activiteit op hun gezondheid niet inzien (fatalisme) (Lawton, e.a., 2006; Van Duyn, McCrae, Wingrove, Henderson, Boyd, Kagawa-Singer, e.a., 2007; Jepson, e.a., 2012).

3.2 Fysieke en sociale omgevingsfactoren

Volgens Hindostanen wordt er geen rekening gehouden met hun sociale en culturele context (Lawton, e.a., 2006; Jepson, e.a., 2012). Literatuurstudie geeft meer inzicht in deze context. Uit diverse studies blijkt namelijk dat er een aantal culturele componenten is, die de motivatie van Hindostanen beïnvloedt (D’Ailly, 2004; Kim & Hong, 2004; Coburn & Weismuller, 2012). Voordat hierop in gegaan wordt, zal eerst gedefinieerd worden wat er wordt verstaan onder motivatie. Motivatie is een intrinsiek proces, impuls of intentie die, wanneer gestimuleerd door een motivator, een persoon ertoe brengt dat hij tot actie overgaat. Motivators zijn intrinsieke of extrinsieke

stimulators, die als katalysator dienen om het proces van motivatie opgang te brengen, barrières te verminderen en waargenomen voordelen van de actie te vergroten (Coburn & Weismuller, 2012). De belangrijkste culturele componenten in de Hindostaanse cultuur zijn, collectivisme, de wens om zich te conformeren aan de normen van de samenleving, kinderlijke piëteit, hiërarchische familiestructuur, eerbied voor autoriteiten, nederigheid en emotionele controle (D'Ailly, 2004; Kim & Hong, 2004; Coburn & Weismuller, 2012). De belangrijkste motivators zijn, het gebruik van een negatief rolmodel (angst en bedreiging door het zien van mislukking bij het rolmodel: is gerelateerd aan het belang van eerbied en conformeren aan de culturele normen), vermijden van anders zijn, keuze mogelijkheid (keus, het zelf moeten kiezen, motiveert niet, als een autoriteit een keus maakt, dan zullen ze veranderen in overeenstemming met die keus), zelf-regulatie (normen en waarden zijn geïnternaliseerd en worden zo intrinsieke motivators), groepsautonomie, groepsidentiteit, self-effacement (zichzelf op de achtergrond plaatsen), op anderen georiënteerde self-efficacy (self-efficacy wordt ontwikkeld door feedback van anderen, als anderen denken dat zij het kunnen, dan geloven zij zelf ook dat ze het kunnen) en sociale harmonie (Gelfland, Erez, & Aycun 2007; Coburn & Weismuller, 2012).

Mensen van een collectivistische cultuur (zoals de Hindostaanse cultuur) hebben een interdependent zelfbeeld, zij vormen hun self als fundamenteel verbonden met anderen en geworteld in de maatschappij en benadrukken daarmee de harmonieuze relatie en hetgene wat de self met anderen en de groep verbindt (Morf & Koole, 2012) (zie figuur 3).



Figuur 4: Interdependent zelfbeeld (Markus & Kitayama, 1991)

Als een onderzoeker aanbevelingen wil doen, zal hij binnen deze groep moeten gaan staan (figuur 3: ingroup). Blijft hij daar buiten (figuur 3: outgroup/stranger), dan vergroot dit de kans op causale attributie (er worden verkeerde conclusies getrokken over het gebrek aan fysieke activiteit bij de Hindostaanse bevolking). Dit wordt onderstreept door het feit dat self-efficacy (eigeneffectiviteitsverwachting, verwachtingen over het feit of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren) (Brug, Assema & Lechner, 2010) in een collectivistische cultuur ontwikkeld wordt door de feedback van anderen uit die groep (Coburn & Weismuller, 2012). Self-efficacy speelt een centrale rol bij het menselijk functioneren. Iemands motivatieniveau, betrokkenheid en acties zijn meer gebaseerd op wat iemand gelooft dat hij kan, dan op de objectieve werkelijkheid (Bandura, 1977). Bij Hindostanen is de self-efficacy betreffende fysieke activiteit erg laag, zij gaan er vanuit dat zij gezien

hun bouw (minder spiermassa, doordat zij meer onderhuids vet hebben) niet goed kunnen bewegen. Daarmee hangt samen dat Hindostanen fatalistisch ingesteld zijn (externe locus of control); zij accepteren dat zij door hun lichaamsbouw meer risico lopen op bepaalde ziekten. Er is niet het besef dat zij zelf invloed hebben op hun gezondheid, door bijvoorbeeld fysieke activiteit (Horne & Tierney, 2012). Daarom wordt vaak als oorzaak voor gebrek aan fysieke activiteit gegeven dat het geen nut heeft. Dus fatalisme beïnvloedt self-efficacy (Straughan & Seow, 1998).

Behalve dat Hindostanen vinden dat er geen rekening gehouden wordt met hun sociale en culturele context, hebben de sociale en fysieke omgeving ook invloed op de toename van overgewicht bij deze doelgroep. In een obesogene samenleving, een samenleving die uitnodigt tot veel eten en weinig bewegen, neemt het overgewicht toe. Door aanpassingen aan die omgeving, bijvoorbeeld door kleinere porties eten en een ruimer aanbod en lagere prijzen van gezonde voeding, kan een gezonder eetgedrag gestimuleerd worden (Giskes, Kamphuis, Van Lenthe, Kremers, Droomers & Brug, 2007; Steenhuis & Vermeer, 2008). Nog dichterbij de Hindostaanse gezinnen vormt de obesogene omgeving een probleem in de zin dat eten voor hen een belangrijke sociale functie vervult (Nicolaou, Nierkens & Middelkoop, 2013). Onder andere gastvrijheid wordt geuit door het aanbieden van veel eten. Het weigeren van het aangeboden eten is dan ook niet gepast. Aangezien gastvrijheid zich niet tot een bepaalde gelegenheid beperkt, staat er altijd en op ieder moment van de dag voldoende lekker eten klaar (Nicolaou, Nierkens & Middelkoop, 2013).

Zoals genoemd bij het beweeggedrag, geldt ook voor het uiteindelijke eetgedrag dat meningen van familie en vrienden van invloed zijn. Sociale steun is van direct belang op dit gedrag (Visscher, Van Bakel & Zantinge, 2012).

3.3 Persoonskenmerken

Genetische aanleg speelt een rol bij overgewicht, ongeveer 30-70% van de verschillen in lichaamsgewicht tussen personen is erfelijk bepaald. Genetische factoren spelen dan voornamelijk een rol bij de vorming van vetweefsel en bij de regulering van het honger- en verzadigingsgevoel (Visscher, Van Bakel & Zantinge, 2012).

Zoals eerder genoemd, is bij Hindostanen sprake van een karakteristieke lichaamsbouw. Zij hebben een hoger vetpercentage, gepaard aan een kleinere spiermassa, dan mensen van een andere etniciteit. Dit hogere vetpercentage en de centrale vetverdeling draagt bij tot een verhoogde insuline resistentie. Tevens draagt ophoping van vet in de skeletale spieren bij tot deze insuline resistentie. Hindostanen hebben 30% hogere intramusculaire triglyceride concentraties dan Europeanen met een vergelijkbare BMI (Hall, Moran, Milne, e.a., 2010). Verder hebben Hindostanen een lagere maximale zuurstof inname (VO_{2max}) in vergelijking met Europeanen. VO_{2max} is een sterke onafhankelijke voorspeller van de insulinegevoeligheid van het hele lichaam. Door deze kenmerken kunnen Hindostanen meer moeite hebben met fysieke activiteit en tijdens fysieke activiteit verbranden Hindostanen minder vet dan Europeanen (Hall, Moran, Milne, e.a., 2010).

Ook psychische factoren hebben invloed op het ontstaan van overgewicht. Emoties spelen een belangrijke rol bij eten en bij het wel of niet deelnemen aan fysieke activiteiten. Psychosociale problemen kunnen zowel de oorzaak als het gevolg zijn van overgewicht. Hindostanen ervaren meer distress dan andere etniciteiten (Williams & Hunt, 1997). Adolescenten en jonge volwassenen ervaren dat culturele normen, zoals druk van de ouders om een academisch niveau te behalen en het

voldoen aan verwachtingen van hun ouders ten aanzien van hun loopbaan, tot een hoog stressniveau leiden en tot psychische klachten bij jonge Hindostanen (en dan vooral vrouwen) (Joshi, Islam, Pais, e.d., 2007).

3.4 Het voorkomen van een ongezonde leefstijl

Door de fysieke activiteit en fysieke fitheid bij de Hindostanen te verbeteren en handhaven, zou het risico op diabetes en hart- of vaatziekten kunnen worden verminderd of uitgesteld, wat hun kwaliteit van leven zal verbeteren (Bouchard, Blair & Haskell, 2007).

Om te kijken of het inderdaad zinvol is om een interventie te richten op Hindostaanse families met als doel de fysieke activiteit en fitheid te verbeteren en te handhaven, is kwantitatief onderzoek gedaan.

3.4.1 Methode:

Om te kunnen bepalen welke determinanten van een gezonde leefstijl van belang zijn, is een vragenlijst samengesteld uit bestaande gevalideerde vragenlijsten.

Om de gezondheidsbehoeften van Hindostanen, die in Den Haag wonen, beter te begrijpen, is er een needs assessment uitgevoerd in de Hindostaanse samenleving. Deze studie heeft van 1.179 Hindostanen informatie verzameld door middel van een vragenlijst. De vragenlijst heeft informatie verzameld over 1. Demografische gegevens, 2. Leefstijl, 3. Sociale cohesie, 4. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg, 5. Kwaliteit van leven, 6. Motivatie tot verandering (zie bijlage I)

Tijdens het Milan festival in Den Haag (het grootste Hindostaanse openlucht festival van Europa) op 5, 6 en 7 juli 2013, zijn Hindostanen gevraagd mee te werken aan deze studie door een vragenlijst in te vullen. Vragenlijsten werden afgenomen door Hindostaanse vrijwilligers, die vooraf aan het festival een training gekregen hebben over het benaderen van deelnemers en het afnemen van vragenlijsten. Op deze manier zijn de data voor deze studie verzameld door de doelgroep zelf. Dit maakte dat de deelnemers meer gemotiveerd waren om deel te nemen aan de studie, dat ook deelnemers die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren konden deelnemen en dat de respons groot was.

Er werd gebruik gemaakt van informed consent, de deelnemers werd duidelijk gemaakt dat ze vrijwillig konden deelnemen en dat de resultaten volledig anoniem werden gebruikt.

3.4.2 Doelgroep:

De doelgroep van de studie waren Hindostanen van 18 jaar en ouder (jongeren vanaf 14 jaar mochten de vragenlijst invullen indien een ouder aanwezig was en toestemming gaf voor het invullen van de vragenlijst). Voor deze studie wordt onder Hindostanen verstaan mensen van Hindostaans Surinaamse afkomst. Op het Milan festival komen Hindostanen vanuit diverse streken van Nederland. Er werd niet vooraf gesteld dat er alleen deelgenomen kon worden aan de studie als de deelnemer in Den Haag woonachtig is. Met de vragenlijst wordt gevraagd naar woonplaats, waardoor achteraf, bij analyse van de data, onderscheid gemaakt kan worden tussen Hindostanen woonachtig in Den Haag en Hindostanen woonachtig in andere streken van Nederland.

3.4.3 Meetinstrumenten:

Een papieren en digitale enquête werd ontwikkeld, om informatie te verzamelen betreffende de gezondheidsbehoeften van Hindostanen.

De vragenlijst heeft informatie verzameld over zes thema's, zoals genoemd in hoofdstuk 3.4.1. Deze thema's zijn gebaseerd op het LaLonde Model en het I-Change model, omdat door gebruik te maken van deze twee modellen alle factoren die gezondheid beïnvloeden in kaart konden worden gebracht. Het ontwikkelen van de vragenlijst verliep in de volgende fasen (Stanton, Willis & Balanda, 2000):

Fase 1: literatuurstudie werd gedaan om te zoeken naar bestaande, gevalideerde vragenlijsten, die gerelateerd zijn aan de thema's zoals hierboven genoemd. Vragenlijsten werden verzameld (zie tabel 3) en vragen werden per thema geselecteerd.

Tabel 3: gevalideerde vragenlijsten per thema

Thema	Vragenlijst
Bewegen	SQUASH (Wendel-Vos, Schuit, Saris & Kromhout, 2003).
Voeding	Stadsenquête Den Haag 2012
Alcohol	Gezondheidsenquête POLS 2008, Centraal Bureau voor Statistiek
Roken	Gezondheidsenquête POLS 2008, Centraal Bureau voor Statistiek
Stress	Perceived stress scale (Cohen, 1994).
Sociale cohesie	Asian Value Scale: (Kim, Atkinson & Yang, 1999)
Voorzieningen	QUOTE-Diabetes-22 (Schouten, Sixma & Friele, 2000)
Kwaliteit van Leven	SF-12 (Burdine, Felix, Abel, Wiltraut & Musselman, 2000).
Motivatatie tot veranderen	MCQ (the Motivation for Change Questionnaire): (Gard, Rivano & Grahn, 2005)

Fase 2: De opzet van de vragenlijst werd met diverse professionals besproken, waarna vragen geherformuleerd, verwijderd of toegevoegd werden.

Fase 3: De vragenlijst werd voorgelegd aan de doelgroep zelf. Een aantal Hindostanen heeft de vragenlijst beoordeeld op taalgebruik, begrip en of de vragen aansluiten bij de doelgroep. Sommige vragen werden opnieuw geformuleerd, in de zin van makkelijker taalgebruik of in de zin van omschrijving van bepaalde begrippen.

Fase 4: pilot met de vragenlijst.

In een huisartsenpraktijk in het centrum van Den Haag hebben 50 cliënten van Surinaams Hindostaanse afkomst en 50 cliënten van Nederlandse afkomst de vragenlijst na hun bezoek aan de praktijk meegekregen. Zij konden de vragenlijst thuis invullen en met hulp van de bijgevoegde antwoordenvolop terugsturen naar de onderzoeker. Alleen de vragenlijsten die volledig waren ingevuld, werden gebruikt voor de analyse. Voor de Surinaams Hindostaanse cliënten betekende dit een aantal van 36 en voor de Nederlandse cliënten een aantal van 44. De Nederlandse cliënten deden in dit geval mee aan het onderzoek als controle groep. Door de Surinaams Hindostaanse cliënten te vergelijken met de Nederlandse cliënten kon aangetoond worden dat er daadwerkelijk een verschil tussen deze twee doelgroepen bestaat en dat het focussen op de Surinaams Hindostaanse doelgroep gerechtvaardigd is.

Met behulp van SPSS 20 zijn de resultaten van het pilot onderzoek geanalyseerd.

Zie tabel 4 voor de beschrijvende statistiek.

Tabel 4: Beschrijvende statistiek pilotonderzoek

Variabelen	Resultaten Surinaams Hindostaanse cliënten	Resultaten Nederlandse cliënten
Geslacht (% , n)		
- Man	33,3% (12/36)	22,7% (10/44)
- Vrouw	66,7% (24/36)	77,3% (34/44)
Leeftijd (jaar, gemiddelde $\pm$ SD, range)	52,8 $\pm$ 14,1 (30-75) (n = 36)	55,6 $\pm$ 11,5 (33-73) (n = 44)
Opleiding (% , n)		
- Basisonderwijs	25,0% (9/36)	13,6% (6/44)
- Lager beroepsonderwijs	0,0% (0/36)	9,1% (4/44)
- Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs	16,7% (6/36)	9,1% (4/44)
- Middelbaar voortgezet onderwijs	16,7% (6/36)	9,1% (4/44)
- Middelbaar beroepsonderwijs	25,0% (9/36)	18,2% (8/44)
- Hoger voortgezet onderwijs	8,3% (3/36)	4,5% (2/44)
- Hoger beroepsonderwijs	8,3% (3/36)	27,3% (12/44)
- Wetenschappelijk onderwijs	0,0% (0/36)	9,1% (4/44)
Arbeidssituatie (% , n)		
- Fulltime	16,7% (6/36)	31,8% (14/44)
- Parttime	33,3% (12/36)	27,3% (12/44)
- Pensioen	25,0% (9/36)	18,2% (8/44)
- Werkloos/werkzoekend	8,3 (3/36)	4,5% (2/44)
- Arbeidsongeschikt	16,7 % (6/36)	9,1% (4/44)
- Huisman/huisvrouw	0,0% (0/36)	9,1% (4/44)
Gezinssituatie (% , n)		
- Woont samen met partner	41,7% (15/36)	31,8% (14/44)
- Woont samen met partner en kinderen	25,0% (9/36)	13,6% (6/44)
- Woont alleen met kinderen	16,7% (6/36)	9,1% (4/44)
- Woont alleen	16,7% (6/36)	45,5% (20/44)
Respondenten die zelf diabetes hebben (% , n)	25,0% (9/36)	13,6% (6/44)
Respondenten die diabetes in de familie hebben (% , n)	75,0% (27/36)	18,2% (8/44)
Respondenten die denken zelf belangrijke dingen in het leven niet te kunnen veranderen (% , n)	33,3% (12/36)	9,1% (4/44)
Respondenten die meer aandacht aan voeding willen besteden (% , n)	58,3% (21/36)	45,5% (20/44)
Respondenten die meer aandacht aan bewegen willen besteden (% , n)	66,7% (24/36)	36,4% (16/44)

Zoals tabel 4 laat zien, is de groep Surinaams Hindostaanse cliënten goed vergelijkbaar met de Nederlandse cliënten wat betreft geslacht, leeftijd en arbeidssituatie. De Nederlandse cliënten zijn

gemiddeld alleen iets hoger opgeleid en opvallend is dat van de Nederlandse cliënten bijna de helft alleen woont, dit ten opzichte van 16,7% bij de Hindostaanse cliënten.

Diabetes komt bij de Surinaams Hindostaanse cliënten significant meer voor dan bij de Nederlandse cliënten. Verder hebben de Hindostaanse cliënten veel minder de overtuiging, dat zij zelf daadwerkelijk verandering in hun leven kunnen aanbrengen, dan de Nederlandse cliënten. 33,3% van de Hindostaanse cliënten denkt belangrijke dingen in het leven niet zelf te kunnen veranderen, dit ten opzichte van 9,1% van de Nederlandse cliënten. Toch hebben de Hindostaanse cliënten wel heel sterk het besef dat zij meer aandacht aan voeding en bewegen willen/moeten besteden (significant meer dan de Nederlandse cliënten).

Deze resultaten van het pilotonderzoek maken aannemelijk dat het gerechtvaardigd is om te focussen op determinanten van gezondheidsgedrag bij Hindostanen.

Fase 5: evaluatie van de vragenlijst. De validiteit van de vragenlijst, in welke mate meet de vragenlijst wat hij moet meten, werd bepaald. Om de validiteit te beoordelen is in de eerste plaats gekeken naar de face validiteit: worden de vragen geïnterpreteerd zoals zij bedoeld zijn. Door de vragenlijst met professionals en met de doelgroep zelf te bespreken, is face validiteit verkregen.

Content validiteit kijkt of de vragenlijst een representatieve afspiegeling van het kennisdomein is. Dit is bereikt doordat naar de volgende aspecten gekeken is: er is literatuurstudie gedaan naar aspecten die van belang zijn voor de gezondheid van Hindostanen; delen van vragenlijsten die door andere onderzoekers zijn gebruikt, zijn toegevoegd aan deze vragenlijst (zie tabel 3); er heeft dialoog plaatsgevonden met verschillende professionals; er is met de doelgroep gesproken of de thema's die belangrijk zijn voor de gezondheid van Hindostanen door de vragenlijst voldoende gedekt waren. Een waardevolle toevoeging voor het verkrijgen van content validiteit, waren de gesprekken met Surinaams Hindostaanse cliënten van de Surinaamse dagverzorging van een verzorgingshuis in Den Haag. Voor een samenvatting van deze gesprekken zie bijlage II.

Fase 6: Revisie. Als resultaat van het pilotonderzoek, werden een paar kleine wijzigingen in de vragenlijst aangebracht. Het gaat om de volgende wijzigingen: 1. op de vraag of diabetes of hart- of vaatziekten in de familie voorkomt, antwoordde 75% positief. Voor Hindostanen bleek familie een heel ruim begrip, vandaar dat aan het woord familie de toevoeging "vader, moeder, broer of zus" werd gedaan, 2. Bij de vragen over bewegen werd een kolom "niet uitgevoerd" toegevoegd, omdat er een aantal keer "n.v.t." bijgeschreven werd en 3. tot slot werd bij de vragen over motivatie tot veranderen een kolom "niet van toepassing" toegevoegd, omdat een deel van de vragen werk gerelateerd was en dus voor mensen zonder werk moeilijk in te vullen was.

De definitieve vragenlijst is geschikt voor het monitoren van gezondheidsaspecten bij Hindostanen (zie bijlage I).

De digitale vragenlijst is samengesteld met behulp van enquetemaken.be, een beveiligde online tool om vragenlijsten te maken. Zowel de digitale als de papieren vragenlijst waren volledig anoniem. Als er een vraag tussen zat, die deelnemers niet wilden beantwoorden, dan kon deze worden overgeslagen. Het invullen van de vragenlijst duurde 15-20 minuten.

3.4.4 Data invoer en cleaning:

Alle data werd ingevoerd met behulp van SPSS20. De data werd geëvalueerd op invoerfouten en interpretatiefouten door de helft van de data voor een tweede keer door een andere persoon te laten invoeren.

3.4.5 Analyse van de data:

Analyse van de data is gebaseerd op een synthese van data verkregen door de digitale enquête en de papieren enquête. De focus van de analyse lag op de 6 domeinen waar de vragenlijst informatie over verzameld heeft: 1. Demografische gegevens, 2. Leefstijl, 3. Sociale cohesie, 4. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg, 5. Kwaliteit van leven, 6. Motivatie tot verandering.

Voor ieder domein is gebruik gemaakt van SPSS 20 om beschrijvende kwantitatieve analyses uit te voeren. Pearson's correlatie coëfficiënt werd gebruikt om te bepalen of er een relatie tussen variabelen bestond.

3.4.6 Resultaten:

In totaal hebben 1.445 Hindostanen de vragenlijst ingevuld. Uiteindelijk zijn 266 enquêteformulieren buiten de analyse gelaten, omdat bij etniciteit Nederlands was ingevuld (aan de hand van de vragenlijst kon niet bepaald worden of de ouders van Surinaams Hindostaanse afkomst waren) of een gemixte etniciteit. Ook werden een aantal enquêteformulieren niet meegenomen, omdat meer dan de helft van de vragen niet was ingevuld (minimaal 50% van de vragen moest beantwoord zijn om deel te kunnen nemen aan de analyse). Dit betekent dat 82% van de data gebruikt kon worden voor analyse.

Van deze 82% zijn 28 formulieren digitaal ingevuld en 1.151 schriftelijk. Van de schriftelijke enquêteformulieren zijn er 1.101 ingevuld tijdens het Milan festival en 50 tijdens andere activiteiten. Van de 1.179 respondenten zijn 675 Hindostanen woonachtig in Den Haag, 113 in Rotterdam, 47 in Amsterdam en de overige respondenten wonen verspreid in de agglomeraties van deze grote steden. Slechts 87 deelnemers wonen buiten de Randstad. Er lijkt een verschil te bestaan tussen de deelnemers binnen de Randstad en erbuiten (opleidingsniveau en werksituatie), maar het aantal deelnemers van buiten de Randstad is dusdanig klein, dat de groepen niet met elkaar vergeleken kunnen worden. Voor de analyse zijn dan ook de data van alle deelnemers samen gebruikt.

Om te kijken of er veranderingen binnen de Hindostaanse cultuur plaats vinden, zijn de respondenten ingedeeld naar eerste of tweede generatie Hindostanen en naar leeftijdsklasse. De leeftijdsklassen die hier gebruikt zijn, zijn 15-24 jaar, 25-44 jaar, 45-64 jaar en 65 jaar en ouder (Oudhof, Harmsen, Loozen & Choenni, 2011).

1. Demografische gegevens :

Zoals tabel 5 laat zien, was 43,6% van de deelnemers man en 56,4% vrouw. Hun gemiddelde leeftijd was 38,6 jaar. 66,6% van de respondenten gaf aan dat hun land van herkomst Suriname is, waarvan 54,4% afkomstig is uit Paramaribo, 7,8% uit Nickerie en 4,4% uit overige districten van Suriname. Gemiddeld verblijven de deelnemers sinds 27,0 jaar in Nederland.

43,8% heeft een opleiding hoger dan middelbaarberoepsonderwijs en 40,7% werkt fulltime.

Tabel 5: Socio-demografische gegevens respondenten

Variabelen	Resultaten
Geslacht (% , n)	
- Man	43,6% (505/1159)
- Vrouw	56,4% (654/1159)
Leeftijd (jaar, gemiddelde $\pm$ SD, range)	38,6 $\pm$ 15,5 (14-82) , (n = 1169)
Geboorte plaats (% , n)	
- Paramaribo	54,4% (631/1160)
- Nickerie	7,8% (91/1160)
- Overig district Suriname	4,4% (51/1160)
- Nederland	33,4% (387/1160)
Aantal jaar in Nederland (jaar, gemiddelde $\pm$ SD)	27,0 $\pm$ 10,7 (n = 1150)
Religie (% , n)	
- Hindoeïsme	74,1% (866/1168)
- Moslim	15,5% (181/1168)
- Christen	3,3% (39/1168)
- Anders	2,5% (29/1168)
- Geen	4,5% (53/1168)
Opleiding (% , n)	
- Basisonderwijs	6,7% (77/1150)
- Lager beroepsonderwijs	3,0% (35/1150)
- Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs	7,5% (86/1150)
- Middelbaar voortgezet onderwijs	11,7% (135/1150)
- Middelbaar beroepsonderwijs	27,3% (314/1150)
- Hoger voortgezet onderwijs	12,3% (141/1150)
- Hoger beroepsonderwijs	23,0% (264/1150)
- Wetenschappelijk onderwijs	8,5% (98/1150)
Arbeidssituatie (% , n)	
- Fulltime	40,7% (468/1151)
- Parttime	18,6% (214/1151)
- Pensioen	5,6% (65/1151)
- Werkloos/werkzoekend	9,6% (111/1151)
- Arbeidsongeschikt	4,5% (52/1151)
- Huisman/huisvrouw	4,5% (52/1151)
- Student	16,2% (186/1151)
Gezinssituatie (% , n)	
- Woont samen met partner	21,6% (244/1131)
- Woont samen met partner en kinderen	29,1% (329/1131)
- Woont alleen met kinderen	10,3% (116/1131)
- Woont alleen	28,5% (322/1131)
- Woont bij ouders	10,6% (120/1131)

2. Leefstijl:

Niet roken en geen gebruik maken van alcohol werd gerapporteerd door respectievelijk 68,6% en 70,2% van de respondenten². 37,3% van de respondenten die aangeven wel te roken, bevinden zich in de leeftijdsklasse 25-44 jaar. In de overige leeftijdsklassen wordt aangegeven dat er minder gerookt wordt, waarbij er geen verschil tussen deze leeftijdsklassen waarneembaar is. Alcohol gebruik kan niet aan één specifieke leeftijdsklasse worden toegewezen, dit is voor alle leeftijdsklassen gelijk. Als echter naar het opleidingsniveau gekeken wordt, drinken significant minder laag opgeleide deelnemers (hoogst voltooide opleiding basisonderwijs en lager beroepsonderwijs) alcohol dan hoger opgeleide deelnemers³.

Wat het voedingspatroon betreft, geeft 55,0% van de respondenten aan dagelijks te ontbijten. 51,6% eet dagelijks groenten en 45,3% eet dagelijks fruit.

Fysieke activiteit met een frequentie van minimaal vijf keer per week met een minimale duur van 30 minuten werd door 15,2% van de deelnemers aangegeven (ter vergelijking: volgens de Gezondheidsmonitor 2012 voor deelnemers ouder dan 19 jaar, voldoet 62,7% van de Haagse inwoners aan de beweegnorm). Er blijkt geen significant verschil tussen het beweeggedrag van mannen en vrouwen te bestaan. Alleen wat sporten betreft, bestaat er een correlatie met geslacht, waarbij mannen meer sporten dan vrouwen ($r = -.11, p < .01$). Ook is er tussen de Leeftijdsklassen geen verschil in beweeggedrag aangetoond. Wel lijkt de leeftijdsklasse 15-24 jaar iets fysiek actiever ten opzichte van de overige generaties, echter dit verschil is niet significant. Ook wat opleidingsniveau betreft is er geen verschil in het aantal mensen dat aan de beweegnorm voldoet. Hoger opgeleide mensen doen alleen vaker aan sport, terwijl lager opgeleide mensen eerder gaan wandelen.

3. Sociale cohesie:

De vragenlijst bevatte ook vragen met betrekking tot sociale cohesie, in hoeverre houden Hindostanen nog vast aan hun eigen cultuur en tradities en in hoeverre passen zij zich aan, aan de Nederlandse cultuur.

Voor 95,8% is familie erg belangrijk. 62,9% vindt dan ook dat je niet moet afwijken van normen van je familie en je omgeving en voor 40,4% is familie de belangrijkste bron van vertrouwen en afhankelijkheid.

Om te beoordelen of er wat sociale cohesie betreft verschuivingen in de Hindostaanse cultuur ontstaan, is gekeken of er een correlatie bestaat tussen sociale cohesie en de leeftijdsklasse waartoe de deelnemer behoort. Voor alle variabelen uit de vragenlijst die vragen naar sociale cohesie, was de Pearson's correlatie coëfficiënt niet significant. Met andere woorden, er is geen relatie tussen de leeftijdsklasse van de respondent en de sociale cohesie van de respondent. Ook als er gekeken wordt

² Met diverse respondenten is na het invullen van de vragenlijst nog gesproken over de vragen, omdat de antwoorden die bij rook- en drinkgedrag werden ingevuld opvallend waren. Op deze thema's blijkt binnen de Hindostaanse cultuur een groot taboe te rusten, vandaar dat de meeste respondenten de vraag niet naar waarheid wilden invullen. De druk die de sociale invloed van de Hindostaanse samenleving op mensen legt, komt hiermee sterk naar voren.

³ Uit de gesprekken met de respondenten kwam naar voren dat hoger opgeleide respondenten minder sociaal wenselijk antwoordden op de vragen betreffende rook- en drinkgedrag dan de lager opgeleide respondenten. Daarom wordt hier waarschijnlijk een significant verschil gevonden tussen het drinkgedrag van hoger opgeleide en lager opgeleide Hindostanen.

naar het verschil in sociale cohesie tussen de eerste en tweede generatie Hindostanen, is het verschil niet significant. In de Hindostaanse cultuur vindt (nog) geen significante verandering betreffende sociale cohesie plaats. Er is wel een significant verschil waarneembaar tussen de mannelijke en vrouwelijke deelnemers. Mannen vinden significant meer dan vrouwen dat er vastgehouden moet worden aan de normen van de familie en de omgeving en dat hier niet van afgeweken mag worden ($r = .09, p < .01$).

4. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg:

75,9% van de respondenten heeft in het afgelopen jaar contact gehad met zijn/haar huisarts (ter vergelijking: volgens de Gezondheidsmonitor 2012 voor deelnemers ouder dan 19 jaar, had 77,0% van de inwoners van Den Haag in de afgelopen 12 maanden contact met zijn/haar huisarts), 65,9% heeft het afgelopen jaar contact gehad met zijn/haar tandarts en in de afgelopen 12 maanden heeft van de respondenten 38,2% contact gehad met een medisch specialist, 15,2% met een diëtist, 23,1% met de fysiotherapeut, 7,9% met de thuiszorg en 11,3% met psychische hulpverlening. Alleen voor het bezoek aan de huisarts geldt, dat meer vrouwen dan mannen in het afgelopen jaar contact gehad hebben met hun huisarts, respectievelijk 80,2% en 71,0%. Wat de overige disciplines betreft is er geen verschil in zorggebruik tussen vrouwen en mannen.

Tussen opleidingsniveau en zorggebruik is geen correlatie gevonden. Wel bezochten significant meer mensen, die als hoogst afgeronde opleiding lager beroepsonderwijs en voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs hadden, hun huisarts het afgelopen jaar, dan respondenten met overige opleidingen. Respectievelijk ging het om 93,3% en om 86,3%.

5. Kwaliteit van leven:

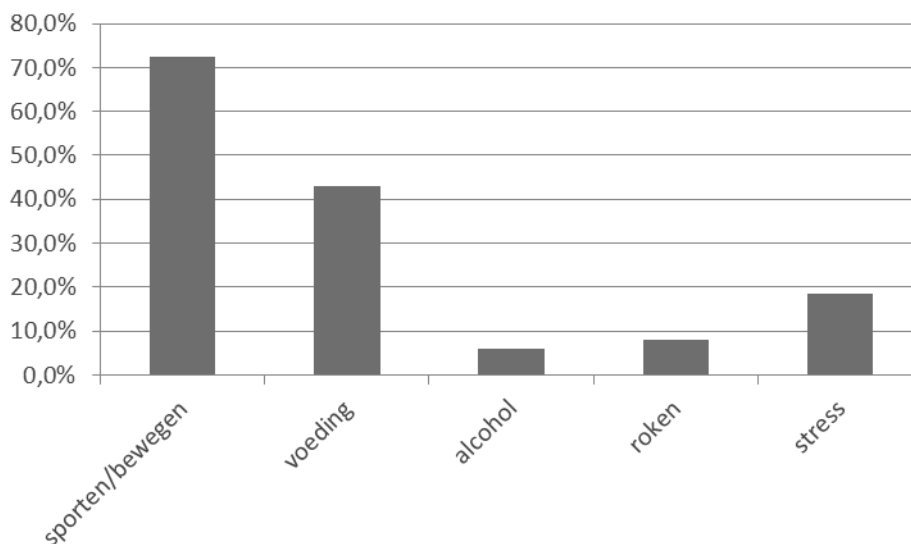
83,5% van de respondenten ervaart zijn gezondheid als goed tot uitstekend (volgens de Gezondheidsmonitor 2012 voor deelnemers ouder dan 19 jaar ervaren 72,5% van de inwoners van Den Haag hun gezondheid als goed tot zeer goed). 14,0% van de respondenten geeft aan zelf diabetes te hebben en 65,2% geeft aan dat een familielid diabetes heeft. 10,0% heeft zelf hart- of vaatziekten en bij 51,7% komen hart- of vaatziekten in de familie voor. Diabetes komt significant meer voor bij de lager opgeleide respondenten, echter in dit geval zijn de meeste lager opgeleide respondenten mensen die behoren tot de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder. Dus er kan niet gezegd worden of opleidingsniveau of leeftijd de oorzaak van het relatief grote aantal diabetes gevallen is (de correlatie tussen het hebben van diabetes en de leeftijdsklasse is veel sterker dan de correlatie tussen het hebben van diabetes en opleidingsniveau, respectievelijk $r = .33$ en $r = .10, p < .01$). Als gekeken wordt naar het vóórkomen van diabetes bij de familie, dan is dit voor alle leeftijdsklassen en voor alle opleidingsniveaus gelijk.

27,5% van de respondenten wordt door lichamelijke klachten in het dagelijks functioneren beperkt en 26,2% wordt in het dagelijks functioneren beperkt door emotionele problemen. Deze resultaten blijken geen correlatie te vertonen met de leeftijdsklasse, maar wel met het opleidingsniveau. Hoe lager de hoogst voltooide opleiding, hoe meer beperkingen (zowel met lichamelijke als emotionele oorzaak) de respondent ervaart ($r = .16, p < .01$ voor lichamelijke oorzaken en $r = .17, p$ voor emotionele oorzaken). Ondanks het feit dat de vrouwelijke deelnemers, meer dan de mannelijke deelnemers, vinden dat er afgeweken mag worden van de normen van de familie en de omgeving, is er geen significant verschil tussen deze deelnemers voor wat betreft het ervaren van beperkingen in het dagelijks leven door emotionele problemen.

6. Motivatie tot verandering:

De vragenlijst vroeg ook naar de motivatie tot veranderen van de respondent in het algemeen (niet specifiek gericht op de gezondheid). 39,1% van de respondenten geeft aan zelf iets te kunnen doen om belangrijke dingen in het leven te veranderen. Wat deze variabele betreft is er geen verschil tussen de leeftijdsklassen gevonden, echter wel tussen opleidingsniveau. Respondenten met een hoger opleidingsniveau zien zichzelf beter in staat om belangrijke dingen in het leven te veranderen ($r = .16, p < .01$). Bij veranderingen ten aanzien van werk, is er wel een duidelijk verschil tussen de generaties te zien, namelijk wat het doel van werken betreft ($r = -.16, p < .01$). De leeftijdsklasse 15-24 jaar doet zijn werk om zichzelf tevreden te stellen, terwijl de oudere respondenten werk doen om anderen tevreden te stellen.

Wat verandering specifiek op de gezondheid gericht betreft, gaf 72,4% van de respondenten aan meer te willen bewegen/sporten, 43,1% zou meer aandacht aan voeding willen besteden, 5,9% wil minder gaan drinken, 8,1% wil stoppen met roken of minder gaan roken en 18,5% zou meer aandacht voor stress willen hebben (zie figuur 4).



Figuur 5: Aantal respondenten (%) dat wil werken aan de verschillende gezondheidsaspecten.

3.5 Het formuleren van interventiedoelen

Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek blijkt dat het inderdaad zinvol kan zijn om een interventie te richten op het vergroten van de fysieke activiteit van Hindostaanse gezinnen. Het uiteindelijke doel van de interventie moet zijn dat Hindostaanse gezinnen meer zijn gaan bewegen dan voor aanvang van de interventie. Gezien de complexiteit van het probleem, moet een interventie gericht op het vergroten van de fysieke activiteit van de Hindostaanse gezinnen zich zeer waarschijnlijk richten op een gecombineerde aanpak: zich richten op de kinderen, hun ouders (rolmodel), de wijk (belangrijke sleutelfiguren) en rekening houden met de wensen en behoeften van de doelgroep (sociaal psychologische interventie). Bij dit alles kan in overweging genomen worden om de hoger opgeleide Hindostanen als early adaptors te beschouwen en hen als voorbeeld te laten dienen voor de overige Hindostanen. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt namelijk dat hoger

opgeleide Hindostanen zichzelf beter in staat achten om belangrijke veranderingen in hun leven aan te brengen dan lager opgeleide Hindostanen (zie hoofdstuk 3.4.6 punt 6). Tevens durven hoger opgeleide Hindostanen onderwerpen die in de Hindostaanse cultuur als taboe worden beschouwd eerder en openlijker bespreekbaar te maken dan lager opgeleide Hindostanen.

4. Fase 3 Analyse van determinanten van gedrag

4.1 Inleiding

Inzicht in de determinanten die gedrag beïnvloeden is van belang om een beeld te krijgen hoe dit gedrag te veranderen is. Complex gedrag ontstaat namelijk niet uit een vast patroon, maar wordt gevormd door integratie van vele bestaande activiteiten van verschillende oorsprong. Juist doordat gedrag complex is en ontstaat uit een verschillende oorsprong, is het belangrijk om de determinanten van gedrag te bepalen (Bandura, 1977). Zo geeft inzicht in de reden waarom Hindostanen te weinig bewegen een indicatie voor hoe dit gedrag te veranderen/beïnvloeden is. Om de persoonlijke determinanten van het beweeggedrag bij Hindostanen in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een aantal sociaal psychologische theorieën en concepten. Door gebruik te maken van deze theorieën, worden stap voor stap de determinanten die het beweeggedrag van Hindostanen beïnvloeden geanalyseerd.

4.2 Sociaal psychologische theorieën

Verklaringen voor de inactiviteit van Hindostanen, zoals genoemd in hoofdstuk 3, zullen nu aan de hand van een aantal sociaal psychologische theorieën en concepten op hun validiteit getoetst worden.

4.2.1 *Collectivisme*

Zoals eerder genoemd is collectivisme een belangrijke component van de Hindostaanse cultuur. Collectivisme wordt gezien als een weergave van een cultuur, waarin mensen zo interdependent en nauw verwant zijn, dat zij onbewust elkaars gedrag en emoties beïnvloeden en op hun beurt door anderen worden beïnvloed (Coburn & Weismuller, 2012). Dit geldt voor Hindostanen in hun eigen land, maar diverse studies tonen aan dat dit gevoel van collectivisme ook geldt voor Hindostaanse immigranten in diverse andere landen (Kim, Atkinson & Yang, 1999; Im & Choe, 2001; Kim & Hong, 2004). Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat collectivisme ook bij de Hindostanen in Den Haag een belangrijke rol speelt (zie hoofdstuk 3.4.6).

4.2.2 *Interdependence theorie*

Vooral de sociale kosten en beloningen die in deze theorie besproken worden zijn in dit geval van belang. Zij stellen iemand in staat tot interactie met de sociale omgeving. Emotionele en praktische barrières zijn te hoog om de gemeenschap te verlaten, niemand wil buiten een groep gesloten worden. Daarom willen mensen zich conformeren aan de normen van de samenleving. Dit verklaart waarom Hindostanen sociale en culturele barrières ervaren bij de huidige interventies gericht op het vergroten van de fysieke activiteit. Het kwantitatieve onderzoek bevestigt dit: 62,9% van de deelnemers vindt dat je niet moet afwijken van normen van je familie en je omgeving.

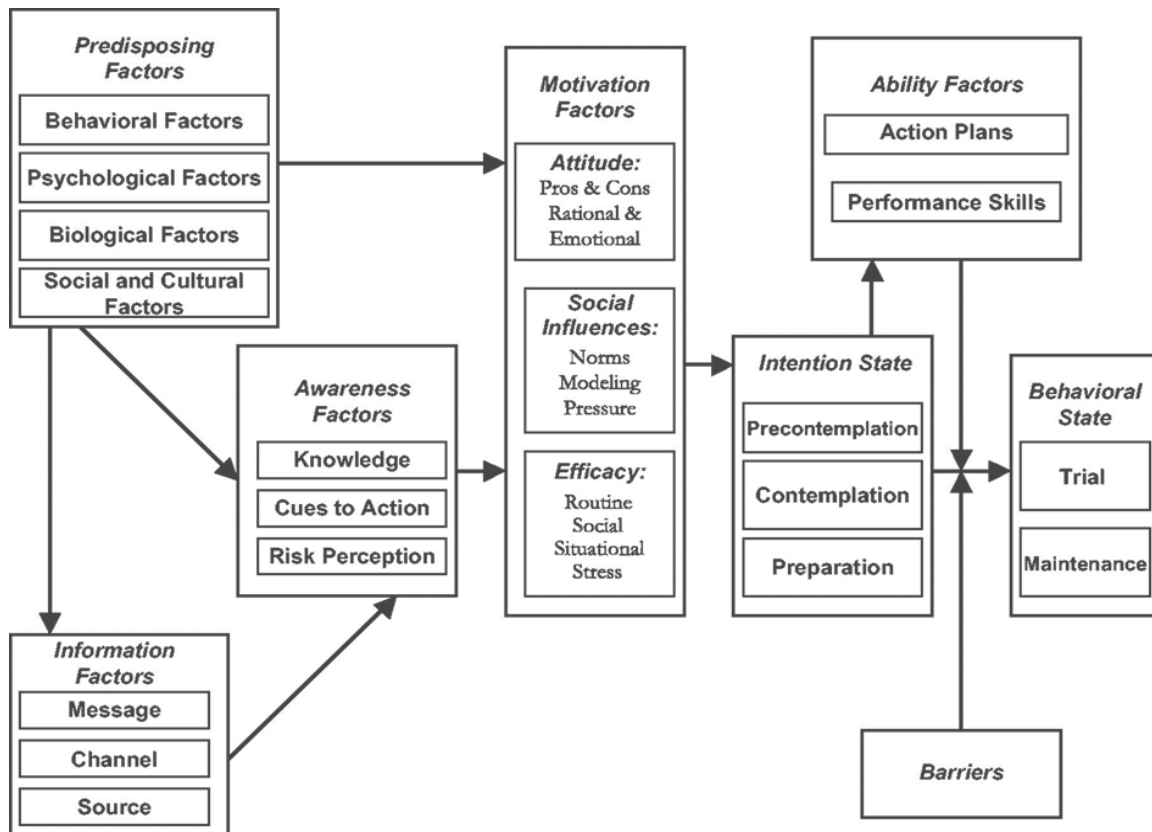
4.2.3 Sociaal Cognitieve Theorie

Volgens de Sociaal-Cognitieve Theorie van Albert Bandura, kan menselijk gedrag voor een groot deel bepaald worden door de verwachtingen die men van een bepaald gedrag heeft. Hierbij spelen verschillende verwachtingen een rol: situation-outcome expectancies (verwachtingen over de consequenties in de sociale en fysieke omgeving), action-outcome expectancies (verwachtingen over de consequenties van persoonlijke acties) en self-efficacy (eigeneffectiviteitsverwachting, verwachtingen over het feit of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren) (Brug, Assema & Lechner, 2010). Vooral de self-efficacy speelt een belangrijke rol, iemands motivatieniveau, betrokkenheid en acties zijn meer gebaseerd op wat iemand gelooft dat hij kan, dan op de objectieve werkelijkheid. Aangezien de self-efficacy bij Hindostanen laag is, verklaart de Sociaal Cognitieve Theorie waarom Hindostanen weinig fysiek actief zijn (slechts 39,1% van de deelnemers van het onderzoek denkt zelf belangrijke dingen in het leven te kunnen veranderen).

Verder stelt de Sociaal-Cognitieve Theorie dat mensen niet alleen leren door hun eigen ervaringen, maar ook door het gedrag van anderen te observeren. Daarom wordt het meeste menselijke gedrag observationeel geleerd door modelling (Bandura, 1977). Nauw verwant hiermee is de *sociale vergelijkingstheorie*: mensen vergelijken zich met anderen en het resultaat van die vergelijkingen beïnvloedt de cognitie en het gedrag van mensen. Beide theorieën verklaren waarom het moeilijk is een aantal Hindostanen uit de gemeenschap aan het bewegen te krijgen: zij vergelijken zich met de rest/volgen het voorbeeld van de rest, wat leidt tot inactiviteit.

4.2.4 I-Change model

Het Integrated Model for Change (I-Change Model), is ontstaan door de samenvoeging van meerdere gedragsveranderingsmodellen, zoals het ASE Model (waarbij ASE staat voor Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteit) en het Stages of Change Model (De Vries, Mesters, Van de Steeg & Honing, 2005). Volgens het I-Change Model is gedrag het resultaat van de intenties van een persoon, zijn/haar capaciteiten en de ervaren barrières. Hierbij hebben motivatiefactoren invloed op de intentie, welke weer worden beïnvloed door verschillende predisponerende factoren (individuele kenmerken van mensen, die richting geven aan het gedrag), besef beïnvloedende factoren en informatiefactoren (De Vries, e.a., 2005).



Figuur 6: I-Change Model (De Vries, e.a., 2005)

Als het beweeggedrag van Hindostanen veranderd moet worden, is het belangrijk om aan te sluiten bij de fasen van gedragsverandering (Brug, Van Assema & Lechner, 2010). Het I-Change Model veronderstelt dus wel een bewustzijn van het eigen gedrag en ook het bewust keuzes maken ten aanzien van dit gedrag. Hierbij spelen drie motivatiefactoren een rol: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting (self-efficacy). Waarbij attitude staat voor de voor- en nadelen van een bepaald gedrag, sociale steun voor hoe positief de omgeving ten aanzien van het gedrag staat en self-efficacy voor het feit of iemand het gedrag kan vertonen (Brug, Assema & Lechner, 2010). Ook dit model geeft een verklaring voor de inactieve levensstijl van de Hindostanen in Den Haag. De intentie om te gaan bewegen is niet aanwezig, omdat de drie determinanten, attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit, de intentie negatief beïnvloeden.

4.2.5 Self-determination theorie

Mensen met een lage relatieve autonomie hebben vaker een fatalistische perceptie van hun gezondheid (Bailis, Segall & Chipperfield, 2010). Het concept van relatieve autonomie komt voort uit de Self-determination theorie, welke ervan uit gaat dat mensen een aangeboren psychologische behoefte hebben aan autonomie, competentie en sociale verbondenheid (Deci & Ryan, 2000). Het kunnen vervullen van die behoeften, zorgt voor een constructieve sociale ontwikkeling en persoonlijk welbevinden (Bailis, Segall & Chipperfield, 2010). Tevens zorgt het vervullen van die behoeften ervoor dat de intrinsieke motivatie van iemand kan groeien. Controle op het gedrag van anderen zorgt voor een afname van hun intrinsieke motivatie omdat deze controle de bevrediging van de basisbehoeften frustreert (Deci & Ryan, 2000). De Cognitieve Evaluatie theorie is een subtheorie van de Self-determination theorie, waarbij wordt ingegaan op de sociale- en omgevingsfactoren die intrinsieke motivatie beïnvloeden. Competentie zonder het gevoel van autonomie, bevordert de

intrinsieke motivatie niet. Organismic Integration theorie is ook een subtheorie van de Self-determination theorie en richt zich meer op de externe motivatie. Extern gereguleerd gedrag is het minst autonoom, het wordt vertoond vanwege een externe vraag of een mogelijke beloning (Deci & Ryan, 2000).

Zoals eerder genoemd hebben collectivistische culturen over het algemeen een extrinsieke motivatie, het individu is sterker gericht op het groepsbelang dan zijn eigen individuele belang, waarbij trouw zijn aan de groep en voldoen aan de verwachtingen van de groep centraal staan. Er is hier dus sprake van een externe locus of control, wat de fatalistische perceptie van de Hindostanen verklaart.

Uit bovenstaande theorieën kan afgeleid worden dat de reden “het heeft geen nut om fysiek actief te zijn”, komt door gebrek aan kennis, lage self-efficacy en de externe locus of control (fatalisme). Geen tijd (en geen geld), is geen geldige oorzaak, maar heeft met prioriteiten te maken, waarbij fysieke activiteit niet als prioriteit wordt gezien door de eerder genoemde oorzaken.

Kortom mogelijke plausibele oorzaken voor het gebrek aan fysieke activiteit zijn:

- Gebrek aan kennis
- Lage self-efficacy
- Externe locus of control (fatalisme)
- Sociale en culturele barrières

4.3 Determinanten en hun relatieve gewicht

Volgens het I-Change Model en diverse literatuurstudies, is de voornaamste determinant van fysieke activiteit een positieve intentie om te gaan bewegen (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990; Downs & Hausenblas, 2005; Rhodes, Macdonald & McKay, 2006; Brug, Assema & Lechner, 2010). Zonder deze positieve intentie, zal iemand niet overgaan op fysieke activiteit. De intentie om fysiek actief te zijn, wordt op haar beurt verklaard vanuit drie hoofddeterminanten: attitude, sociale invloed en self-efficacy.

Een positieve attitude ten aanzien van fysieke activiteit, beïnvloedt de intentie tot fysieke activiteit positief. De attitudes van mensen worden in de eerste plaats gevormd door de overtuigingen ten aanzien van de kosten en voordelen van niet fysiek actief zijn. Mogelijke kosten kunnen bijvoorbeeld zijn: het mislopen van een leuke gezamenlijke activiteit voor ouders en kinderen samen. Een mogelijk voordeel van niet fysiek actief zijn, zou kunnen zijn dat kinderen meer tijd aan hun huiswerk kunnen besteden.

Een tweede component van de vorming van attitudes is de evaluatie van de overtuigingen die mensen hebben ten aanzien van het niet fysiek actief zijn. Bijvoorbeeld hoeveel geeft iemand om een gezamenlijke activiteit of het meer tijd besteden aan huiswerk? Dus positieve overtuigingen ten aanzien van fysieke activiteit en een positieve evaluatie van de overtuigingen, beïnvloeden beiden een positieve houding ten aanzien van fysieke activiteit op een positieve manier. Daarbij komt het feit dat als mensen meer kennis hebben (besef beïnvloedende factor) over fysieke activiteit (bijvoorbeeld dat kinderen beter kunnen leren en presteren als zij fysiek actief zijn) dit een interactie kan vormen met de positieve overtuiging ten aanzien van fysieke activiteit en zo de positieve houding ten aanzien van fysieke activiteit kan bekrachtigen.

Behalve de eigen attitude, is volgens het I-Change Model ook de sociale invloed (wat anderen van fysieke activiteit vinden) van groot belang om een positieve intentie tot fysieke activiteit te ontwikkelen. De belangrijkste sociale normen hierbij zijn: 1. de attitude van belangrijke anderen en 2.

een motivatie in overeenstemming met de attitudes van belangrijke anderen. Bijvoorbeeld “mijn familie vindt dat ik fysiek actief moet zijn” en “ik vind de mening van mijn familie over fysieke activiteit belangrijk”. Dus positieve normatieve overtuigingen en motivatie om te voldoen aan de normatieve overtuigingen beïnvloeden een positieve subjectieve norm ten aanzien van bewegen positief. En deze positieve subjectieve norm kan op haar beurt zorgen voor een positieve intentie om te gaan bewegen.

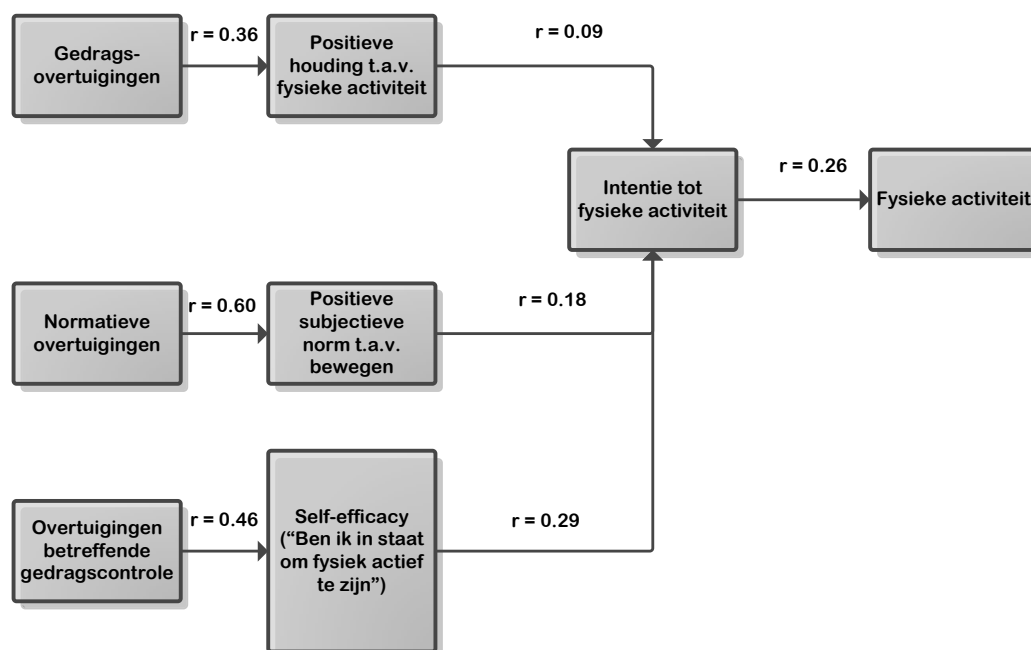
Tot slot kan self-efficacy (ben ik in staat om fysiek actief te zijn) de intentie om fysiek actief te zijn positief beïnvloeden. Zoals echter in hoofdstuk 3 besproken is, hebben Hindostanen een lage self-efficacy en zijn zij fatalistisch ingesteld. Vandaar dat fatalisme de positieve intentie tot fysieke activiteit negatief kan beïnvloeden (predisponerende factor).

Volgens het PRECEDE-PROCEED model, zoals in de inleiding genoemd, kunnen determinanten in drie groepen van factoren worden onderscheiden (Green & Kreuter, 2005):

1. De predisposing, voorbestemmende, factoren. Dit zijn individuele kenmerken van mensen die richting geven aan het gedrag. Het gaat hierbij om : bewustzijn en kennis, subjectieve norm, houding, eigen-effectiviteit en intentie.
2. De enabling, in staat stellende, factoren. Deze factoren worden gerekend tot een categorie determinanten, die veelal te maken hebben met kenmerken van de omgeving. Het gaat hierbij om randvoorwaarden in de omgeving, die het mogelijk of juist onmogelijk maken om het gewenste gedrag uit te voeren.
3. De reinforcing, versterkende, factoren. Deze factoren hebben meestal ook betrekking op kenmerken van de omgeving en niet op kenmerken van individuen. Het zijn factoren die het gewenste gedrag bevorderen of bekrachtigen. Dit kunnen bijvoorbeeld positieve reacties uit de directe omgeving van personen zijn, maar ook feedback of financiële vergoedingen.

Om uit de gevonden determinanten vast te stellen wat de belangrijkste beïnvloedende factoren zijn, is het belangrijk om het relatieve gewicht van de determinanten vast te stellen. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuur.

Rhodes, Macdonald & McKay (2006) geven in hun onderzoek naar het voorspellen van fysieke activiteit bij kinderen aan, dat de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole (self-efficacy) onafhankelijke voorspellers van de intentie van fysieke activiteit zijn. Verder geven zij aan dat de intentie om fysiek actief te zijn dit gedrag voorspelt. Volgens hen moet fysieke activiteit bij kinderen gestimuleerd worden door een normatieve en op self-efficacy gebaseerde interventie (Rhodes, Macdonald & McKay, 2006). De studie van Dzewaltowski, Noble & Shaw (1990) en van Downs & Hausenblas (2005) bevestigt dat de subjectieve norm en self-efficacy significant de intentie tot fysieke activiteit voorspellen en dat de intentie het daadwerkelijke gedrag, fysiek actief zijn, voorspelt. De effect size van intentie-gedrag en self-efficacy-intentie zijn groot en van subjectieve norm-intentie matig (Down & Hausenblas, 2005) (zie figuur 5).



Figuur 7: Determinanten en hun gewicht (Downs & Hausenblas, 2005; Vallance, Lavalley, Culos-Reed & Trudeau, 2012)

Om concreet aan te geven op welke causale factoren een interventie, gericht op het vergroten van fysieke activiteit bij Hindostanen, moet ingrijpen, wordt een balanstabel opgesteld aan de hand van de effect sizes uit figuur 7 en de inschatting van de mate waarin een factor beïnvloed kan worden.

Tabel 6: Balanstabel

Determinanten	Beïnvloedbaarheid	Effect size
Intentie tot fysieke activiteit	+/-0	++
Positieve houding t.a.v. fysieke activiteit	++	0
Positieve overtuigingen t.a.v. fysieke activiteit	++	++
Positieve evaluatie van de overtuigingen	++	++
Kennis over fysieke activiteit	++	++
Positieve subjectieve norm	++	+
Positieve normatieve overtuigingen	++	++
Motivatie om te voldoen aan de normatieve overtuigingen	++	++
Self-efficacy	++	++
Fatalisme	+	++

Opmerking: Beïnvloedbaarheid: ++ goed, + matig, 0 laag, - niet, +/- afhankelijk van een andere variabele

Effectsize: ++ groot, + matig, 0 klein, - geen effect

De meeste variabelen zijn overtuigingen die gebaseerd zijn op kennis over fysieke activiteit (kennis zowel bij het individu zelf als bij de omgeving), vandaar dat de variabelen positieve houding ten aanzien van fysieke activiteit, positieve subjectieve norm en positieve normatieve overtuigingen over het algemeen goed te beïnvloeden zijn. Als Hindostaanse gezinnen weten wat de invloed van bewegen op hun lichamelijke en geestelijke conditie is, dan is het mogelijk dat zij een positievere houding ten aanzien van fysieke activiteit ontwikkelen. Als de omgeving weet hoe de subjectieve norm en self-efficacy van Hindostanen beïnvloed kan worden, dan kunnen deze variabelen mogelijk sterk vergroot worden. De intentie zelf is niet te beïnvloeden, maar is afhankelijk van andere variabelen (zie I-Change Model), die goed te beïnvloeden zijn.

Figuur 7 heeft al een aantal effect sizes laten zien, intentie en self-efficacy hebben een groot effect, subjectieve norm een matig effect en attitude een klein effect. De kennis over fysieke activiteit veranderen, kan een groot effect hebben op de uitkomst variabele, omdat kennis een voorwaarde is om fysiek actief te worden.

Volgens de tabel zal een interventie die zich richt op kennis, self-efficacy en de subjectieve norm het meest effectief zijn, wat door de literatuur bevestigd wordt.

Wel moet rekening gehouden worden met de verschillende fasen in het gedragsveranderingsproces (denkt iemand al na over verandering of is hij zich nog helemaal niet bewust van een eventuele noodzaak tot veranderen), zoals in het I-Change Model aangegeven. Afhankelijk van de veranderingsfase (precontemplatie, contemplatie of preparatie) waarin Hindostanen zich bevinden, zullen de verschillende gedragsdeterminanten een andere rol spelen en dus zullen verschillende interventies effectief zijn.

5. Aanbevelingen

In hoofdstuk 4 is op basis van het kwantitatieve onderzoek en literatuur onderzoek een theoretische benadering geven waar een interventie, gericht op het vergroten van de fysieke activiteit van Hindostaanse gezinnen, aan moet voldoen. De interventie moet zich in ieder geval richten op het vergroten van kennis, self-efficacy en de subjectieve norm. Zoals het onderzoek en de literatuur hebben aangegeven, zijn voor Hindostanen de familie en de normen van de omgeving van groot belang. De familie en de omgeving moeten dus de voordelen van bewegen inzien. Een interventie die kan zorgen voor een positieve subjectieve norm, kan zorgen dat Hindostaanse gezinnen meer gaan bewegen. Daarbij komt dat mensen moeten geloven dat zij zelf het verschil kunnen maken. Uit het kwantitatieve onderzoek en het literatuuronderzoek komt nu naar voren dat maar weinig Hindostanen geloven dat zij zelf belangrijke veranderingen in hun leven kunnen aanbrengen. Als de interventie, die voor een positieve subjectieve norm zorgt, het ook mogelijk maakt dat de self-efficacy vergroot wordt, dan worden Hindostanen niet alleen gemotiveerd door hun omgeving om meer te gaan bewegen, maar dan kunnen zij dat ook daadwerkelijk gaan doen. Om dit voor elkaar te krijgen zijn kennis en rolmodellen een vereiste. Mensen moeten weten dat bewegen goed is voor de gezondheid, maar dat door bewegen kinderen ook beter presteren op school. Zoals in hoofdstuk 3.5 aangegeven is, zouden hoger opgeleide Hindostanen als voorbeeld, als early adaptors, kunnen fungeren. Doordat de overige leden van de Hindostaanse samenleving zien dat het mogelijk is om (meer) te gaan bewegen, kan dit zorgen voor een positieve subjectieve norm en voor een grotere (op anderen georiënteerde) self-efficacy.

Aanvullend onderzoek in de zin van Participatief Actie Onderzoek is echter sterk aan te bevelen om beter te begrijpen hoe zaken als subjectieve norm en self-efficacy bij Hindostaanse gezinnen zouden kunnen worden beïnvloed. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt wat Hindostanen aan hun gezondheid willen doen, maar het is nog onvoldoende duidelijk hoe zij dit zouden willen doen. Daar komt bij dat de gezondheidsproblemen waar Hindostaanse volwassenen mee te maken hebben, al in de vroege jeugd aangepakt moeten worden. Vandaar het belang om ook kinderen bij vervolgonderzoek te betrekken. Dit voordat een interventie ontwikkeld wordt. Kinderen kunnen

aangeven hoe zij denken over bewegen, wat zij leuk vinden, wat zij nodig hebben om meer te gaan bewegen en hoe hun ouders hierbij betrokken kunnen worden. Het resultaat is een gezinsinterventie, ontwikkeld voor en door de doelgroep.

6. Referenties

Alcazar, O., Ho, R.C., & Goodyear, L.J. (2007). Physical activity, fitness and diabetes mellitus. In: Boucahrd, C., Blair, S.N., & Haskell, W.L. (2007). *Physical Activity and Health*. Human Kinetics.

Baal, P.H.M. van, Heijink, R., Hoogenveen, R.T., & Polder, J.J. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Van het World Wide Web gehaald op 02-04-2011: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751015.pdf>

Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J.G. (2010). Age, Relative Autonomy and Change in Health Locus of Control Beliefs : A Longitudinal Study of Members of a Health-promotion Facility. *J Health Psychol*, 15(3), 326-338.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. United States: Prentice-Hall Inc.

Bouchard, C., Blair, S.N., & Haskell W.L. (2007). *Physical Activity and Health*. Human Kinetics.

Braet, C., Mervielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of PediatricPsychology* 22: 59-71.

Bree, K.I.M., Roos, M.L., & Meer, I.M. van der (2003). Suikerziekte in de schijnwerpers. Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen. *Epidemiologisch bulletin*, 38(1), 24-26.

Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2010). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.

Burdine, J.N., Felix, M.R.J., Abel, A.L., Wiltraut, C.J., & Musselman, Y.J. (2000). The SF-12 as a population health measure: An exploratory examination of potential for application. *Health Services Research*, 35(4), 885-904.

Centraal Bureau voor Statistiek (2008): Gezondheidsenquête POLS 2008. Van het World Wide Web gehaald op 14-02-2013: www.scp.nl/dsresource?objectid=26106&type=org

Choenni, C.E.S. (2004). Organisatievorming onder Hindostanen in Nederland. *OSO*, 23(2), 305-321.

Choenni, C.E.S., & Adhin, K.S. (2003). *Hindostanen. Van Brits-Indische emigranten via Suriname tot burgers van Nederland*. Den Haag: Sampreshan.

Chowdhury, T.A., Grace, C., & Koppelman, P.G. (2003). Preventing diabetes in south Asians: Too little action and too late. *BMJ* 327, 1059-1060.

Coburn, C.L., & Weismuller, P.C. (2012). Asian motivators for health promotion. *Journal of Transcultural Nursing* 23(2), 205-214.

Cohen, S. (1994). Perceived Stress Scale. Van het world wide web gehaald op 14-02-2013.
<http://www.mindgarden.com/docs/PerceivedStressScale.pdf>

D'Ailly, H. (2004). The role of choice in children's learning: A distinctive cultural and gender difference in efficacy, interest, and effort. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36, 17-29.

Deci, E.M., & Ryan, R.M. (2000). The 'what' and the 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Den Haag in cijfers (2012). Buurtmonitor. Van het worldwide web gehaald op 02 december 2012:
<http://denhaag.buurtmonitor.nl/>

Dijkman, M.A.M. (2003). *Wat beweegt kinderen om te bewegen?* Maastricht: Universiteit Maastricht.

Downs, D.S., & Hausenblas, H.A. (2005). Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport & Exercise*, 6, 1-31.

Duyn, M.S. van, McCrae, T., Wingrove, B.K., Henderson, K.M., Boyd, J.K., Kagawa-Singer, M.K., Ramirez, A.G., Scarinci-Searles, I., Wolff, L.S., Penalosa, T.L., & Maibach, E.W. (2007). Adapting Evidence-based strategies to increase physical activity among African Americans, Hispanics, Hmong, and Native Hawaiians: A social marketing approach. *Preventing Chronic Disease* 4(4), 1-11.

Dzewaltowski, D.A., Noble, J.M., Shaw, J.M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12(4), 388-405.

Fischbacher, C.M., Hunt, S., & Alexander, L. (2004). How physically active are South Asians in the United Kingdom? A literature review. *Journal of Public Health* 26(3), 250-258.

Gard, G., Rivano, M., & Grahn, B. (2005). Development and reliability of the Motivation for Change Questionnaire. *Disabil Rehabil*, 27, 967-976.

Gelfand, M.J., Erez, M., & Aycun, Z. (2007). Cross-cultural organizational behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 479-514.

Gowricharn, R. (z.j.). De duurzaamheid van het transnationalisme. De tweede generatie Hindostanen in Nederland. Van het worldwide web gehaald op 18-05-2013:
<http://www.forum.nl/pdf/duurzaamheid-transnationalisme-2.pdf>

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.

Hall, L.M.L., Moran, C.N., Milne, G.R., Wilson, J., MacFarlane, N.G., Forouhi, N.G., Hariharan, N., Salt, I.P., Sattar, N., & Gill, J.M.R. (2010). Fat oxidation, fitness and skeletal muscle expression of oxidative/lipid metabolism genes in South Asians: Implications for insulin resistance? *PLoS ONE*, 5(12): e14197. Doi: 10.1371/journal.pone.0014197

Hildebrandt, V.H., Bernaards, C.M., & Stubbe, J.H. (2013). *Trend rapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011*. Leiden: TNO

Hollar, D., Messiah, S.E., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T.L., Almon, M., & Agatston, A.S. (2010). Healthier Options for Public Schoolchildren Program Improves Weight and Blood Pressure in 6- to 13-Year-Olds. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 261-267.

Horne, M., & Tierney, S. (2012). What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults: A systematic review of qualitative studies. *Preventive Medicine*, 55, 276-284.

Im, E.O., & Choe, M.A. (2001). Physical activity of Korean immigrant women in the U.S.: needs and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 567-577.

Jepson, R., Harris, F.M., Bowes, A., Robertson, R., Avan, G., & Sheikh, A. (2012). Physical activity in South Asians: An in-depth qualitative study to explore motivations and facilitators. *PLoS ONE* 7(10): e45333. doi: 10.1371/journal.pone.0045333

Joshi, P., Islam, S., Pais, P., Reddy, S., Dorairaj, P., Kazmi, K., Pandey, M.R., Hague, S., Mendis, S., Rangarajan, S., & Yusuf, S. (2007). Risk factor for early myocardial infarction in South Asians compared with individuals in other countries. *JAMA*, 297(3), 286-294.

Kemper, H.C.G., Oijendijk, W.T.M., & Stiggelbout, M. (2000). Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. *TSG* 78, 180-183.

Khunti, K., Camosso-Stepinovic, J., Carey, M., Davies, M. J., & Stone, M.A. (2008). Educational interventions for migrant South Asians with Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 25(8), 985-992.

Kim, B.S.K., Atkinson, D. R., & Yang, P. H. (1999). The Asian Values Scale: Development, Factor Analysis, Validation, and Reliability. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 342-352.

Kim, B.S.K., & Hong, S. (2004). A psychometric revision of the Asian values scale using the Rasch model. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 37, 15-27.

Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., & Hallowell, N. (2006). 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health Education Research* 21(1), 43-54.

Le, C.N. (2013). The Model Minority Image. Van het worldwide web gehaald op 29-06-2013: <http://www.asian-nation.org/model-minority.shtml>

Leung, M.W., Yen, I.H., & Minkler, M. (2004). Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int. J. Epidemiol*, 33(3), 499-506.

Middelkoop, B.J.C. (2002). Diabetes mellitus type 2 onder Hindostanen. *Huisarts en wetenschap*, 45, 243-248.

Middelkoop, B.J.C., Kesarlal-Sadhoeram, S.M., Ramsaransing, G.N., & Struben, H.W.A. (1999). Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *International Journal of Epidemiology*, 28, 1119-1123.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Nota Sport, Bewegen en Gezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS

Nicolaou, M., Nierkens, V., & Middelkoop, B.J.C. (2013). Culturele diversiteit in voeding en overgewicht. *Ned Tijdschr Geneesk*, 157, A5807

Oudhof, K., Harmsen, C., Loozen, S., & Choenni, C. (2011). Omvang en spreiding van Surinaamse bevolkingsgroepen in Nederland. *Bevolkingstrends*, 2^e kwartaal, 97-104.

Owen, C.G., Nightingale, C.M., Rudnicka, A.R., Cook, D.G., Ekelund, U., & Whincup, P.H. (2009). Ethnic and gender differences in physical activity levels among 9-10-year-old children of white European, South Asian and African-Caribbean origin: the Child Heart Health Study in England (CHASE Study). *International Journal of Epidemiology* 38, 1082-1093.

Owen, C.G., Nightingale, C.M., Rudnicka, A.R., Sattar, N., Cook, D.G., Ekelund, U., & Whincup, P.H. (2010). Physical activity, obesity and cardiometabolic risk factors in 9- to 10-year-old UK children of white European, South Asian and black African-Caribbean origin: the Child Heart And health Study in England (CHASE). *Diabetologia* 53, 1620-1630.

Poos, M.J.J.C., Baan, C.A., & Hamberg-van Reenen, H.H. (2012). Hoeveel zorg gebruiken patiënten met diabetes mellitus en wat zijn de kosten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Van het worldwide web gehaald op 13 juli 2013: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/diabetes-mellitus-effectiviteit-kosten-en-gebruik-van-preventie-en-zorg/>

Reilly, J.J., Methven, E., McDowell, Z.C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C.J.H. (2003). Health Consequences of Obesity. *Arch Dis Child* (88), 748-752.

Reviere, R., Berkowitz, S., Carter, C.C., & Ferguson, C.G. (1996). *Needs assessment: a creative and practical guide for social scientists*. Washington: Taylor & Francis.

Rhodes, R.E., Macdonald, H.M., & McKay, H.A. (2006). Predicting physical activity intention and behaviour among children in a longitudinal sample. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3146-3156.

Schouten, G.M., Sixma, H.J., & Friele, R.D. (2000). *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes*. Utrecht: NIVEL

Stanton, W.R., Willis, M., & Balanda, K.P. (2000). Development of an instrument for monitoring adolescent health issues. *Health Education Research*, 15, 181-190.

Sprangers, M.A.G. (2009). *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Van het worldwide web gehaald op 13 juli 2013: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/>

SreenivasDuttGunturu, M.D., Svetlana Ten, M.D.(2007) Complications of Obesity in Childhood. *Pediatric Annals* 36 (2), 96-101.

Stegeman, H. (2007). *Effecten van sport en bewegen op school*. 's Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut.

Straughan, P.T., & Seow, A. (1998). Fatalism reconceptualized: A concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3(2), 85-100.

Visscher, T.L.S., Bakel, A.M. van, & Zantinge, E.M. (2012). Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Van het worldwide web gehaald op 06 september 2013: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/wat-zijn-de-mogelijke-oorzaken-van-overgewicht/>

Vries, H., de, Mesters, I., Steeg, H. van de, & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counseling*, 56, 154-165.

Vries, S.I. de, Schokker, D.F., GalindoGarre, F., Crone, M.R., Kamp, H.J. van der. (2010). *Effectevaluatie van een multidisciplinair behandelprogramma voor jeugdigen met overgewicht: Weet & Beweeg*. TNO-rapport KvL/GB 2010.037

Vyas, A., Haidery, A.Z., Wiles, P.G., Gill, S., Roberts, C., & Cruickshank, J.K. (2013). A pilot randomized trial in primary care to investigate and improve knowledge, awareness and self-management among South Asians with diabetes in Manchester. *Diabetic Medicine*, 20(12), 1022-1026.

Wendel-Vos, G.C.W. (2012). *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Van

het worldwide web gehaald op 13 juli 2013:

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-lichamelijke-activiteit/>

Wendel-Vos, G.C.W. (2013). *Hoeveel mensen zijn voldoende lichamelijk actief?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Van het worldwide web gehaald op 12 juli 2013: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/hoeveel-mensen-zijn-voldoende-lichamelijk-actief/>

Wendel-Vos, G.C.W., Ooijendijk, W.T.M., Van Baal, P.H.M., Storm, I., Vijgen, S.M.C., Jans, M., Hopman-Rock, M., Schuit, A.J., De Wit, G.A., & Bemelmans, W.J.M. (2005). *Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht: Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen*. RIVM rapport 260701001/2005

Wendel-Vos, G.C.W., Schuit, A.J., Saris, W.H.M., & Kromhout, D. (2003). Reproducibility and relative validity of the Short Questionnaire to Assess Health-enhancing physical activity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1163–1169.

Wilde, J. de, Keetman, M., & Middelkoop, B. (2012). Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog. *Epidemiologisch bulletin*, 47(4), 13-22.

Wilde, J. de, Zandbergen-Harlaar, S., Buuren, S. van, & Middelkoop, B. (2012). Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: een historische cohortstudie. *Epidemiologisch bulletin*, 47(3), 2-9.

Williams, R., & Hunt, K. (1997). Psychological distress among British South Asians: the contribution of stressful situations and subcultural differences in the West of Scotland Twenty-07 Study. *Psychological Medicine*, 27(5), 1173-1181.

Williams, E.D., Stamatakis, E., Chandola, T., & Hamer, M. (2010). Assessment of physical activity levels in South Asians in the UK: findings from the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health* 65(6), 517-521.

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Waters, E. (2005). Health- Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *Journal of the American Medical Association* 293 (1): 70-76.

Whincup, P.H., Gilg, J., Papacosta, O., Seymour, C., Miller, G.J., Alberti, K.G.M.M., & Cook, D.G. (2002). Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ* 324, 635-638.

z.a. (1993). Hindostanen drukken hun stempel op Den Haag. *Hindorama*, 5(4), 40-41.

7. Bijlagen

- I. Vragenlijst
- II. Samenvatting interview cliënten Surinaamse dagverzorging



Bijlage I: Vragenlijst

A. Algemeen

- A1 Wat is uw woonplaats?
- A2 Wat is uw etniciteit?
- ☐ Hindostaans Surinaams
 - ☐ Creools
 - ☐ Anders, nl.:
- A3 Wat is uw geslacht?
- ☐ Man
 - ☐ Vrouw
- A4 Wat is uw leeftijd? jaar
- A5 Wie is uw huisarts? Dr.
- A6 Wat is uw geboorte plaats?
- ☐ Paramaribo
 - ☐ Nickerie
 - ☐ Nederland
 - ☐ Anders, nl.:
- A7 Hoe lang woont u al in Nederland? jaar
- A8 Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
- ☐ Basisonderwijs (lagere school)
 - ☐ Lager beroepsonderwijs
 - ☐ Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (VMBO)
 - ☐ Middelbaar voortgezet onderwijs (MAVO, MULO)
 - ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
 - ☐ Hoger voortgezet onderwijs (HAVO, VWO)
 - ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
 - ☐ Wetenschappelijk onderwijs
- A9 Wat is uw arbeidssituatie?
- ☐ Ik werk fulltime (hele dagen, 5 dagen per week)
 - ☐ Ik werk parttime (halve dagen of minder dan 5 dagen per week)
 - ☐ Ik ben met pensioen
 - ☐ Ik ben werkloos/werkzoekend
 - ☐ Ik ben arbeidsongeschikt
 - ☐ Ik ben huisman/huisvrouw
 - ☐ Ik studeer
- A10 Wat is uw gezinssituatie?
- ☐ Ik woon samen met een partner
 - ☐ Ik woon samen met een partner en kinderen
 - ☐ Ik woon alleen met kinderen
 - ☐ Ik woon alleen
- A11 Wat is uw religie (geloof)?
- ☐ Hindoeïstisch
 - ☐ Moslim
 - ☐ Christen
 - ☐ Anders, nl.:
 - ☐ Geen

B. Algemene gezondheid

B1 Hoe lang bent u? cm

B2 Hoeveel kilo weegt u? kg

B3 Heeft u suikerziekte? O Ja O Nee

B4 Heeft iemand in uw familie
suikerziekte (vader, moeder, broer of zus)? O Ja O Nee

B5 Heeft u last van hart- of vaatziekten? O Ja O Nee

B6 Heeft iemand in uw familie
last van hart- of vaatziekten (vader,
moeder, broer of zus)? O Ja O Nee**C. Leefstijl****Bewegen**C1 Denk aan een gemiddelde week in de afgelopen maand. Hoe vaak heeft u de genoemde activiteiten in die week uitgevoerd?

	Niet uitgevoerd	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week
Lopend naar/van werk of school	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fietsend naar/van werk of school	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lopen in vrije tijd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fietsen in vrije tijd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dansen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tuinieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Klussen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sporten (zoals fitness, zwemmen yoga, voetbal, tennis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2 Als u sport, aan welke sport doet u?

Alcohol

C7 Drinkt u wel eens alcohol op maandag,
dinsdag, woensdag of donderdag?

O Ja O Nee

C8 Op hoeveel dagen van maandag t/m donderdag drinkt u meestal ?

	Nooit	1 dag	2 dagen	3 dagen	4 dagen
Aantal dagen alcohol	☐	☐	☐	☐	☐

C9 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op
zo'n dag?

..... glazen

C10 Drinkt u wel eens alcohol op vrijdag t/m zondag?

O Ja O Nee

C11 Op hoeveel dagen van vrijdag t/m zondag drinkt u meestal?

	Nooit	1 dag	2 dagen	3 dagen
Aantal dagen alcohol	☐	☐	☐	☐

C12 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op
zo'n dag?

..... glazen

Roken

C13 Rookt u wel eens?

O Ja O Nee

C14 Als u rookt, hoeveel sigaretten rookt
u gemiddeld per dag?

..... Sigaretten

Stress

De volgende stellingen vragen naar uw gedachten en gevoelens gedurende de laatste maand. Kunt u voor iedere stelling aangeven hoe vaak u zich zo voelde?

	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak
Hoe vaak voelde u zich de laatste maand boos, omdat iets onverwacht gebeurde?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak heeft u de afgelopen maand het gevoel gehad dat u geen controle had over de belangrijke dingen in uw leven?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand zenuwachtig of "gestrest" gevoeld?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak had u de afgelopen maand vertrouwen in uw mogelijkheden om uw persoonlijke problemen op te lossen?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak had u de laatste maand het gevoel dat dingen gingen zoals u dat wilt?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak had u de laatste maand het gevoel dat u niet kon omgaan met alle dingen die u moest doen?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe vaak had u de laatste maand controle over irritaties in uw leven?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak
Hoe vaak had u de laatste maand het gevoel dat u succesvol bezig was?	0	0	0	0	0
Hoe vaak was u de laatste maand boos vanwege dingen die buiten uw controle liggen?	0	0	0	0	0
Hoe vaak heeft u de afgelopen maand het gevoel gehad dat problemen zich zo hoog opstapelden, dat u ze niet meer aan kon?	0	0	0	0	0

D. Sociale cohesie

D1 Kunt u van de volgende stellingen aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent?

	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Je moet niet afwijken van normen van je familie en je omgeving.	0	0	0	0
Voldoen aan verwachtingen van je familie en je omgeving is belangrijk.	0	0	0	0
Het ergste wat iemand kan doen, is schande brengen over de reputatie van zijn familie.	0	0	0	0
Niet succesvol zijn brengt schande over de familie.	0	0	0	0
Je hoeft geen academisch niveau (het hoogste niveau) te halen om je ouders trots te maken.	0	0	0	0
Het vermogen om je emoties onder controle te houden is een teken van kracht.	0	0	0	0
Je moet voldoende kracht hebben om emotionele problemen op te lossen.	0	0	0	0
Je moet denken aan de behoeften van anderen voordat je aan je eigen behoeften denkt.	0	0	0	0
Je prestaties moeten beschouwd worden als familie prestaties.	0	0	0	0
Bescheidenheid is een belangrijke kwaliteit van een persoon.	0	0	0	0
Je moet nederig en bescheiden zijn.	0	0	0	0
Je familie moet niet de belangrijkste bron zijn van vertrouwen en afhankelijkheid.	0	0	0	0
Kinderen moeten niet voor hun ouders zorgen, wanneer hun ouders dat zelf niet meer kunnen.	0	0	0	0
Opleiding en carrière moeten niet je hoogste prioriteit (doel) zijn.	0	0	0	0
Je hoeft psychologische problemen niet alleen op te lossen.	0	0	0	0
Je mag het oneens zijn met een autoriteit (een belangrijk persoon).	0	0	0	0
Je moet niet minderwaardig denken over je eigen prestaties.	0	0	0	0

D2 Kunt u voor de volgende items aangeven hoe belangrijk ze voor u zijn. Hoe belangrijk is?

	Heel belangrijk	Belangrijk	Niet belangrijk	Helemaal niet belangrijk
Familie	☐	☐	☐	☐
Vrienden	☐	☐	☐	☐
Vrije tijd	☐	☐	☐	☐
Opleiding	☐	☐	☐	☐
Werk	☐	☐	☐	☐
Geloof	☐	☐	☐	☐
Materiële zaken	☐	☐	☐	☐

E. Voorzieningen

E1 Wanneer heeft u voor het laatst voor uzelf contact gehad met uw huisarts?

	In de afgelopen 2 maanden	Langer dan 2, maar minder dan 12 maanden geleden	12 maanden geleden of langer	Nog nooit
Contact huisarts	☐	☐	☐	☐

E2 Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf contact gehad met een of meerdere van de volgende zorgverleners?

	Ja	Nee
Medisch specialist	☐	☐
Tandarts of mondhygiënist	☐	☐
Diëtist	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐
Thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, alphahulp)	☐	☐
Psychische hulpverlening (psycholoog, psychiater, Parnassia, POHG).	☐	☐

F. Kwaliteit van leven

F1 Wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?

Uitstekend	Zeer goed	Goed	Matig	Slecht
☐	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op het moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
F2 Forse inspanningen, zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	☐	☐	☐
F3 Een paar trappen lopen	☐	☐	☐

	Ja	Nee
F4 Hebt u minder bereikt dan u zou willen?	0	0
F5 Was u beperkt in het soort bezigheden?	0	0

	Ja	Nee
F6 Hebt u minder bereikt dan u zou willen?	0	0
F7 Hebt u dingen niet zo zorgvuldige gedaan als u gewend bent?	0	0

Helemaal niet	Een klein beetje	Nogal	Veel	Heel erg veel
0	0	0	0	0

	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
F9 Voelde u zich kalm en rustig?	O	O	O	O	O	O
F10 Voelde u zich energiek?	O	O	O	O	O	O
F11 Voelde u zich neerslachtig en somber?	O	O	O	O	O	O

Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
0	0	0	0	0	0

	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak	Niet van toepassing
Kunt u iets doen om belangrijke dingen in uw leven te veranderen?	0	0	0	0	0	0
Bepaalt u zelf uw toekomst, ook al moet u hier dingen voor veranderen?	0	0	0	0	0	0
Kunt u de manier waarop u uw werk uitvoert beïnvloeden?	0	0	0	0	0	0
Heeft u op uw werk invloed op andere mensen?	0	0	0	0	0	0

	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak	Niet van toepassing
Doet u uw werk om anderen tevreden te stellen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beïnvloeden andere mensen uw werksituatie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krijgt u steun van uw collega's?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Doet u uw werk om uzelf tevreden te stellen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

G2 Kunt u van de volgende thema's aangeven welk thema u het belangrijkste vindt voor uw gezondheid en op welke manier u hier meer aandacht aan zou willen/kunnen besteden?

	Bewegen/sporten	Voeding	Alcohol	Roken	Stress
Thema	☐	☐	☐	☐	☐

Hoe wilt u iets gaan doen aan het thema wat u hierboven aangekruist heeft?

Ik wil

.....

.....

.....

.....

.....

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage II: Samenvatting interview cliënten Surinaamse dagverzorging

Cliënten van de Surinaamse dagverzorging van een verzorgingshuis in Den Haag zijn geïnterviewd in het kader van het verkrijgen van content validiteit van de vragenlijst, die gebruikt is voor een needs assessment onder Hindostanen. Deze cliënten met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar, zijn allemaal afkomstig uit Suriname. Zij konden daarom goed vertellen over de verschillen in leefstijl in Suriname en in Nederland.

Er wordt vaak gedacht dat er vroeger in Suriname een voedselschaarste geweest is en dat er daarom nooit echt grote gezondheidsproblemen onder de Hindostanen bestaan hebben. Er was echter altijd genoeg te eten voor iedereen (ook voor de mensen op de plantages). Het eten was alleen altijd erg eenzijdig. Ze aten 3 x per dag rijst. Verder aten ze daarbij aardvruchten, vis of kip en röti (de pannenkoekjes). Er was melk, maar dat werd verkocht aan de rijke Surinamers. Eieren aten ze niet, want ze wilden liever kippen hebben. Vanwege het geloof werd er geen vlees gegeten. Omdat het eten eenzijdig en flauw was, werd overal kerry en peper aan toegevoegd. Nu wordt er in Suriname net zo gegeten als in Nederland, namelijk van alle culturen wat: Hindostaans, Javaans, Creools, maar ook pasta's, enz.

Omdat ze altijd hard hebben moeten werken, is de kwestie bewegen nooit aan bod gekomen. Mensen bewogen de hele dag. Opvallend is dat 90% van de Hindostaanse cliënten van de dagverzorging diabetes heeft. Maar al deze mensen hebben diabetes pas op een leeftijd van 70 jaar of later gekregen. De cliënten erkennen dan ook het grote gezondheidsprobleem waar Hindostanen in Nederland tegenwoordig mee te maken hebben. Zij vinden dat hun kinderen en kleinkinderen gezonder moeten eten en meer moeten bewegen. De cliënten vinden daarbij opleiding en opvoeding wel erg belangrijk. Een aantal cliënten is naar Nederland gemigreerd om hun dochters te kunnen laten studeren (als ze in Suriname waren gebleven, hadden de dochters moeten trouwen en voor hun gezin moeten zorgen).

Cliënten vinden dat hun kleinkinderen te vrij worden gelaten en in discussie gaan met hun ouders, iets wat vroeger niet getolereerd werd. Zijn zien hierdoor dat hun kinderen moeite hebben met de opvoeding van hun kleinkinderen, maar zij geven ook aan te zien hoe moeilijk hun kleinkinderen het hebben. Enerzijds willen de kleinkinderen zich aanpassen aan de Nederlandse cultuur, anderzijds staan zij met één been in de Hindostaanse cultuur, wat veel strijd met zich meebrengt. De cliënten gaven dan ook aan dat de thema's die belangrijk zijn voor de gezondheid van Hindostanen door de vragenlijst voldoende gedekt waren.