



# Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine (deel 1: perceptie)

Dr. Claudia Kocken, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

aanleg alleen armoede **bewegen** bijkomen centjes combinatie

conditie consultatie denken diëten dik voeding ervaring **eten**

hulp hart huisarts kleding last leven maatje mager

minder moeilijk moet ongelukkig ongezond operaties

**overgewicht** problemen schoon

schrik **slecht** sport suiker moe

zelfbeeld ziek

## Voorwoord

Een thesis maak je niet op één dag, het is een uitgebreid proces van brainstormen, nadenken, overleggen, uitvoeren, schrijven en herschrijven waar ik twee jaar mee bezig ben geweest. Dit had me niet gelukt zonder de hulp van een aantal mensen die ik dan ook graag zou bedanken:

Mijn promotor Prof. Dr. Johan Wens voor zijn begeleiding en inzichten omtrent dit interessante onderzoek, voor het steeds opnieuw nalezen van mijn teksten en het voorzien van nuttige feedback.

Mijn thesispartner Wouter voor de samenwerking en het brengen van humor en rust in stresserende tijden.

Mijn PO Dirk Hendriks en collega Luc Hanegreefs voor de hulp bij de rekrutering van de patiënten.

Mijn vriend Jorrit voor de ondersteuning in de drukke tijden en het nalezen van de teksten.

De patiënten van huisartsenpraktijk 'Zuiderpoort' en 'De Bist' voor de deelname aan de studie.

## Abstract

**Introductie:** Obesitas is een belangrijke risicofactor in de ontwikkeling van verschillende chronische aandoeningen. De prevalentie van overgewicht en obesitas is de voorbije twintig jaar verdubbeld. Om tot een optimale behandeling van obesitas te komen, is het van uitermate belang de onderliggende ideeën die bij patiënten hieromtrent leven te achterhalen. In de huidige multiculturele samenleving is het mogelijk dat deze ideeën verschillen bij patiënten van verschillende origine. Aangezien de grootste migrantenpopulaties in Vlaanderen van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn, werden deze twee populaties naast de autochtone Vlaamse populatie opgenomen in deze studie.

**Doelstelling:** De perceptie van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst omtrent obesitas werd onderzocht, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartsenpraktijk te komen.

**Methode:** Het betreft een kwalitatief onderzoek, uitgevoerd aan de hand van focusgesprekken en vragenlijsten met volgende inclusiecriteria: leeftijd  $\geq 18$  jaar, BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, Vlaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst (zowel 1<sup>ste</sup> als 2<sup>de</sup> generatie). Voor de focusgesprekken werden deelnemers van Vlaamse afkomst gerekruteerd in huisartsenpraktijk 'De Bist' in Westerlo, deelnemers van Turkse en Marokkaanse afkomst werden gerekruteerd in huisartsenpraktijk 'Zuiderpoort' in Antwerpen. Er werden tevens vragenlijsten ingevuld door patiënten van beide praktijken, onafhankelijk van hun afkomst. De kwalitatieve gegevens werden verwerkt door middel van thematische analyse, hiervoor werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma NVivo. De populatiegegevens werden geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistiek in Excel.

**Resultaten:** Er werd per subpopulatie een focusgesprek georganiseerd, hieraan namen vier patiënten van Vlaamse, vier van Turkse en twee van Marokkaanse afkomst deel. 35 Patiënten vulden de vragenlijsten in. Elke deelnemer, onafhankelijk van de etniciteit, erkent zijn/haar overgewicht als problematisch. Volgens de Marokkaanse subpopulatie heeft cultuur en afkomst geen invloed op het lichaamsgewicht. Turkse deelnemers haalden de traditionele eetcultuur aan als beïnvloedende factor. De oorzaken van overgewicht werden door de meerderheid van de deelnemers correct aangegeven en waren gelijklopend tussen de verschillende subpopulaties. Wel gaven Marokkaanse en Turkse deelnemers aan niet goed te weten op welke manier best om te gaan met deze uitlokkende factoren. Opvallend was dat een verminderde bewegelijkheid vaak als belangrijkste nadeel werd ervaren, chronische aandoeningen werden regelmatig pas in tweede instantie vermeld. De meerderheid van de vrouwen gaf aan een negatief zelfbeeld te hebben ten gevolge van hun overgewicht.

**Conclusie:** Er werd geen duidelijk verschil aangetoond in de perceptie omtrent overgewicht en obesitas tussen de populatie van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. De ideeën omtrent oorzaken en gevolgen van overgewicht en de invloed op het zelfbeeld waren gelijklopend. Uit de resultaten bleek dat patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst behoefte hebben aan concrete informatie over een gezond voedingspatroon. De lage deelnamegraad van mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst doet vermoeden dat er in deze subpopulatie extra nood is aan sensibilisatie en educatie.

## Inhoud

<b>1. Introductie</b>	<b>6</b>
<b>2. Doelstelling</b>	<b>8</b>
<b>3. Methode</b>	<b>9</b>
3.1 Literatuuronderzoek	9
3.2 Populatie en rekrutering	10
3.3 Verwerving en analyse van de gegevens	10
3.3.1 Focusgesprekken	10
3.3.2 Vragenlijsten	11
<b>4. Literatuuronderzoek</b>	<b>12</b>
4.1 Prevalentie van overgewicht en obesitas in Vlaamse, Turkse en Marokkaanse populatie	12
4.2 Perceptie omtrent overgewicht en obesitas	13
4.2.1 Perceptie in Westerse landen	13
4.2.2 Perceptie in niet-Westerse landen (Marokko en Turkije)	14
4.2.3 Perceptie van niet-Westerse immigranten in Westerse landen	14
<b>5. Resultaten</b>	<b>16</b>
5.1 Populatiebeschrijving	16
5.2 Focusgesprekken	17
5.2.1 Perceptie rond overgewicht en obesitas in Vlaamse groep	17
5.2.2 Perceptie rond overgewicht en obesitas in Marokkaanse groep	19
5.2.3 Perceptie rond overgewicht en obesitas in Turkse groep	21
5.3 Vragenlijsten	22
<b>6. Discussie</b>	<b>27</b>
6.1 Interpretatie	27
6.2 Methodologische beschouwingen	29
6.3 Implicatie voor praktijk	30
6.5 Parallelonderzoek rond empowerment	31
6.4 Toekomstig onderzoek	31
<b>7. Conclusie</b>	<b>33</b>
<b>8. Referenties</b>	<b>34</b>
<b>9. Bijlagen</b>	<b>35</b>
Bijlage 1: Draaiboek focusgesprekken	36
Bijlage 2: Vragenlijst rond overgewicht	39
Bijlage 3: Goedgekeurd protocol ethische comité	41
Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité	44
Bijlage 5: Informatieformulier	46
Bijlage 6: Toestemmingsformulier	49

## 1. Introductie

De 'World Health Organisation' (WHO) definieert overgewicht en obesitas als een abnormale of excessieve vetaccumulatie met een gezondheidsrisico tot gevolg. De maat die meestal gebruikt wordt om deze aandoening op te sporen is de 'body mass index' (BMI =  $G$  in  $\text{kg/L}^2$  in  $m$ ), waarbij een  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$  als overgewicht en een  $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$  als obesitas wordt beschouwd. De wereldwijde prevalentie van obesitas is bijna verdubbeld tijdens de periode van 1980-2008. Volgens de 'World Health Organisation' (WHO) leed in 2008 35% van de wereldbevolking boven de 20 jaar aan overgewicht en 12 % aan obesitas. In België heeft 59,8 % van de mannen en 43,1 % van de vrouwen een  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , terwijl een  $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$  bij 21,2 % van de mannen en 16,9 % van de vrouwen voorkomt.<sup>1</sup> Overgewicht en obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor heel wat chronische aandoeningen zoals type 2 diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen, een aantal maligniteiten en gewrichtsaandoeningen.<sup>2</sup> De hoge prevalentie en het belangrijke gezondheidsrisico maken van obesitas een prioriteit in de eerstelijns geneeskunde. Deze aandoening dient dan ook hoog op de onderzoeksagenda te staan.

Voor de aanpak van obesitas beschikt de Vlaamse huisarts onder andere over een Domus Medica standaard en een NHG standaard die beiden een multidisciplinaire aanpak voorstellen. Om tot een optimale aanpak te komen is het naast de implementatie van deze aanbevelingen volgens ons ook zeer belangrijk om de ideeën en barrières van artsen en patiënten omtrent deze aandoening te kennen en te begrijpen. Er zijn reeds verschillende onderzoeken gebeurd die de perceptie van artsen omtrent obesitas zijn nagegaan, waaruit blijkt dat het merendeel obesitas als een gezondheidsprobleem aanziet.<sup>3-5</sup> Gebrek aan educatie- en communicatievaardigheden worden door artsen als belangrijke barrières voor de aanpak van obesitas genoemd.<sup>4</sup> Dit zijn twee aspecten waar naar ons gevoel in de huidige geneeskunde-opleiding meer aandacht aan besteed wordt dan in het verleden. Een andere barrière die aan bod komt is het gevoel van gebrekkige motivatie van patiënten en de frustratie die de behandeling daardoor met zich meebrengt.<sup>5-6</sup> Dit hebben wij in de praktijk ook reeds ervaren. Kennis omtrent de onderliggende ideeën van patiënten kan hierin verbetering brengen. Daarom is er geopteerd om in deze studie eerder te focussen op de perceptie van patiënten. Er zijn reeds een aantal onderzoeken gebeurd naar de perceptie van verschillende patiëntengroepen omtrent overgewicht en obesitas.<sup>8-10</sup> Hieruit blijkt dat obesitas vaak niet erkend wordt als gezondheidsprobleem en dat de perceptie omtrent obesitas afhankelijk is van verschillende factoren zoals socio-economische status en BMI van de patiënt. Het merendeel van deze studies heeft echter een onderzoekspopulatie die bestaat uit kinderen en adolescenten, terwijl de populatie in de huisartsenpraktijk vooral uit volwassenen bestaat.<sup>7,9,10</sup>

Er is evidentie dat er bij een aantal chronische aandoeningen het stimuleren van 'self-management' een positieve invloed heeft op de behandeling.<sup>11</sup> De opkomst van applicaties op smartphones rond de aanpak van obesitas speelt hier op in.<sup>12</sup> Het concept 'shared care' maakt opgang in dit onderzoeksdomein. Echter zijn er wat betreft de aanpak van obesitas bij volwassenen nog geen eenduidige gegevens bekend over de effectiviteit hiervan.<sup>13</sup> Er zijn wel studies gebeurd naar de efficiëntie van shared care bij de aanpak van obesitas bij kinderen, zonder duidelijk resultaat.<sup>14</sup>

In de huidige multiculturele samenleving is aandacht voor het mogelijke verschil in perceptie tussen patiënten van verschillende culturele afkomst belangrijk voor een optimale individuele aanpak van

overgewicht en obesitas. De afkomst van de patiënt kan immers een invloed hebben op de ideeën en denkwijzen van zowel arts als patiënt. In België zijn de belangrijkste migrantengroepen Marokkanen en Turken. In Vlaanderen is 2,2 % van de bevolking van Marokkaanse herkomst en 1,8 % van Turkse herkomst, in Antwerpen gaat het om respectievelijk 11 % en 4 %.<sup>15</sup> Aangezien de patiëntenpopulatie in de Antwerpse huisartsenpraktijk vooral bestaat uit patiënten van Vlaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst zal dit onderzoek zich focussen op deze 3 populaties.

## 2. Doelstelling

Er zal eerst een literatuurstudie worden uitgevoerd omtrent de prevalentie van overgewicht en obesitas in de Turkse en Marokkaanse migrantenpopulatie. Tevens zal er onderzocht worden wat er reeds geweten is rond de perceptie van overgewicht en obesitas in de Westerse populatie, de Marokkaanse en Turkse populatie en de Marokkaanse en Turkse migrantenpopulatie in West-Europa.

Deze masterthesis is een samenwerking tussen twee huisartsen in opleiding (HAIO's) en bestaat bijgevolg ook uit twee onderzoeksvragen. Ter volledigheid worden beide onderzoeksvragen hieronder beschreven. Deze worden zowel in een autochtone als in een allochtone populatie onderzocht met het doel mogelijke verschillen op te sporen en tot een optimale aanpak in beide populaties te komen.

### 1. Perceptie

**De perceptie van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst rond overgewicht en obesitas zal onderzocht worden, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Dit deel zal uitgevoerd worden door Claudia Kocken en is terug te vinden in deze scriptie.**

### 2. Empowerment

In deze studie zal de empowerment van patiënten van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst rond obesitas worden onderzocht, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Hiervoor verwijs ik naar de masterthesis van Wouter Goovaerts.



### 3. Methode

Een kwalitatieve exploratieve studie werd uitgevoerd om een beter beeld te krijgen van de perceptie, ideeën en ervaringen van volwassenen van Vlaamse en niet-Vlaamse origine over overgewicht en obesitas. Deze studie werd goedgekeurd door het ethische comité aan de Universiteit Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). De gegevensverzameling vond plaats van september 2014 tot februari 2015.

#### 3.1 Literatuuronderzoek

Het doel van het literatuuronderzoek was na te gaan wat er reeds onderzocht is rond perceptie van overgewicht en obesitas. Een overzicht van de gebruikte Mesh termen, filters en aantal gevonden artikels wordt weergegeven in tabel 1. De onderstaande resultaten dateren van 15/03/15.

Tabel 1: Zoekstrategie in Pubmed database

Zoektermen	Filters	Aantal artikels	Aantal relevante artikels
("Obesity"[Mesh]) AND "Perception"[Mesh]	# ## ###	332	25
("Qualitative Research"[Majr]) AND "Obesity"[Mesh]	#	1	0
("General Practice"[Majr]) AND "Obesity"[Mesh]	#	98	7
("Qualitative Research"[Majr]) AND "Methods"[Mesh]	# ####	12	1
("Focus Groups"[Majr]) AND "Methods"[Mesh]	# ####	25	1
("Obesity"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Majr]	#	35	2
("Morocco"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Majr]	#	16	1
("Turkey"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh]	#	30	1
("Africa, Northern"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh]	#	38	0
("Acculturation"[Majr]) AND "Obesity"[Mesh]	# #####	25	3

Filters: #: 'free full text'; ##: 'english'; ### 'Humans'; ####: 'review'; #####: '≥19 jaar'

De selectie van de relevante artikels gebeurde in de eerste plaats door het scannen van de titels op relevante woorden voor de betreffende onderzoeksvraag. Daarna werd het abstract gelezen. Vervolgens werd het artikel beoordeeld op basis van het studiedesign, hierbij werd een voorkeur gegeven aan a) een review of meta-analyse voor de methodologische artikels, en b) eerstelijns kwalitatief onderzoek wanneer er specifiek naar perceptie omtrent overgewicht en obesitas werd gepeild (cross-sectioneel onderzoek). Er werd een voorkeur gegeven aan onderzoeken met vergelijkbare studiepopulaties (leeftijd > 18 jaar, patiënten van West-Europese, Turkse en Marokkaanse origine). De referenties van de weerhouden artikels werden doorgenomen en opnieuw beoordeeld volgens bovenstaande methode. In totaal werden er 10 artikels afkomstig uit referenties weerhouden.

Tevens werd de databank van het ICHO geraadpleegd om te bekijken welke thesissen er reeds geschreven zijn rond de thema's overgewicht, obesitas en multiculturaliteit. Ook de gegevens uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013 werden bekeken.

### 3.2 Populatie en rekrutering

Deze kwalitatieve studie naar patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas is opgebouwd rond twee populaties met een globaal medisch dossier uit de opleidingspraktijken 'De Bist' in Westerlo en 'Zuiderpoort' in Antwerpen:

1. Patiënten van Vlaamse origine: zowel mannen als vrouwen vanaf achttien jaar met een BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>.
2. Patiënten van Marokkaanse of Turkse origine: zowel mannen als vrouwen vanaf achttien jaar met een BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>. Het gaat om patiënten van zowel eerste als tweede generatie allochtonen.

Voor de focusgesprekken gebeurde de rekrutering van Marokkaanse en Turkse patiënten in praktijk 'Zuiderpoort'. De patiënten van Vlaamse origine werden in praktijk 'De Bist' gerekruteerd. De vragenlijsten werden door patiënten van de beide praktijken ingevuld ongeacht hun afkomst. Er werd initieel bij de rekrutering van de focusgesprekken een voorkeur gegeven aan patiënten met een goede kennis van het Nederlands. In de praktijk bleek dit echter niet haalbaar en werd er regelmatig gebruik gemaakt van een tolk (tweetalig familielid).

Patiënten werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie door middel van een poster in de wachtzaal of door de arts tijdens de consultatie. Alle deelnemers ondertekenden een toestemmingsformulier.

### 3.3 Verwerving en analyse van de gegevens

#### 3.3.1 Focusgesprekken

Het focusgesprek werd geselecteerd als meest geschikte methode om percepties, ideeën en ervaringen na te gaan. Er werd voor de focusgesprekken een draaiboek opgesteld (bijlage 1). Deze werd aan de hand van enkele richtlijnen omtrent het organiseren van focusgesprekken gemaakt.<sup>16,17</sup> Om de hoofdonderzoeksvragen te kunnen exploreren werden er bij elke hoofdvraag telkens enkele

bijvragen opgesteld, dit om ervoor te zorgen dat het gesprek niet zou stil vallen en dat er maximale interactie zou ontstaan. Voor de vragen rond perceptie werden volgende thema's aangehaald: definitie van overgewicht, de oorzaak, voor- en nadelen, risico's van overgewicht, invloed op het zelfbeeld en ideeën over de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht. (Bij het tweede deel rond empowerment kwamen volgende thema's aan bod: aanpak van overgewicht, dieet, lichaamsbeweging en de rol van de huisarts bij de aanpak van overgewicht.) Bij elk focusgesprek was Claudia Kocken de moderator bij het deel rond perceptie, bij het deel rond empowerment was dat Wouter Goovaerts. Omgekeerd wisselde telkens de rol van observator. Het feit dat alle focusgesprekken telkens door beide HAIO's werden bijgewoond, garandeerde een uniformiteit. De moderator van het gesprek poogde om zo neutraal mogelijk te werken door alleen bij te sturen indien het gesprek dreigde stil te vallen.

Er vond een focusgesprek plaats bij een Turkse, Marokkaanse en een Vlaamse groep. Deze duurden elk ongeveer 30 à 45 minuten. De gesprekken vonden plaats in een kabinet in de huisartsenpraktijk. Er werden digitale geluidsopnamen gemaakt met twee smartphones.

De interpretatie van de kwalitatieve data verkregen uit de focusgesprekken gebeurde volgens de thematische analyse.<sup>18</sup> Hiervoor werd het softwareprogramma NVivo gebruikt. Deze analyse werd door beide HAIO's onafhankelijk uitgevoerd met het doel de betrouwbaarheid te verhogen. Eerst werden de opnames van de focusgesprekken door beide onderzoekers een aantal keer beluisterd en vervolgens letterlijk uitgeschreven. Tijdens dit proces werd niet relevante informatie reeds verwijderd uit het transcript. Als niet relevante informatie beschouwden we uitspraken die niets te maken hadden met het onderzoek, zoals 'Moet er nog koffie zijn?'. De inhoud van de transcripties van beide onderzoekers werd vergeleken, dit zorgde voor een controle op hiaten en moeilijker verstaanbare delen. De transcripties werden meerdere keren herlezen om vertrouwd te raken met de gesprekken. Vervolgens werden de belangrijke onderwerpen in de gesprekken in kaart gebracht en voorzien van een code. Dit gebeurde met behulp van het programma NVivo. Op basis van de verkregen codes werd er naar overkoepelende thema's uit de verschillende gesprekken gezocht. Daarna werd er nagegaan of de thema's goed gedefinieerd waren zodat er binnen elk thema een samenhang bestond tussen de onderlinge codes. Zo werd er ook voor gezorgd dat er eenduidigheid bestond omtrent de verdeling van de codes over de thema's. Deze methode maakte het makkelijker om de inhoud van de gesprekken te interpreteren.

### 3.3.2 Vragenlijsten:

Er werd een vragenlijst opgesteld die peilde naar de belangrijkste aspecten van perceptie en empowerment bij overgewicht (bijlage 2). Er werd gekozen voor een combinatie van vier open en twee gesloten vragen omtrent het deel rond perceptie. Dit om de vragenlijst laagdrempelig te houden en tegelijkertijd voldoende kwalitatieve informatie te bekomen. De vragen werden gebaseerd op het draaiboek van het focusgesprek. Er werd ook rekening gehouden met de thema's die op de voorgrond stonden tijdens de focusgesprekken. De vier gesloten vragen zijn afkomstig uit het draaiboek en omgevormd naar ja-nee vragen.

De open vragen werden tevens via thematische analyse verwerkt, gelijkaardig aan de analyse van de focusgesprekken. De gesloten vragen werden door middel van beschrijvende statistiek verwerkt in Excel.

## 4. Literatuuronderzoek

### 4.1 Prevalentie van overgewicht en obesitas in Vlaamse, Turkse en Marokkaanse populatie

In de praktijk komt de huisarts dagdagelijks in contact met patiënten met overgewicht en obesitas. Gevoelsmatig schat ik de incidentie van overgewicht en obesitas hoger in bij patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst dan bij patiënten van Vlaamse afkomst. Dit is echter een veronderstelling die enkel gebaseerd is op mijn beperkte praktijkervaring en dient dus onderzocht te worden door middel van een literatuurstudie.

De Belgische gezondheidsenquête van 2013 geeft het percentage van de bevolking met overgewicht en obesitas weer per gewest en leeftijdscategorie. Er wordt echter geen onderscheid gemaakt op basis van origine. Zij rapporteren dat 48 % van de volwassen bevolking een BMI van  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  en 14 % een BMI van  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  heeft. De prevalentie van overgewicht bij mannen is hoger dan bij vrouwen, namelijk 55 % ten opzichte van 42 %. De prevalentie van obesitas verschilt niet tussen de geslachten. Zowel overgewicht als obesitas nemen toe met de leeftijd tot 74 jaar.<sup>19</sup>

Ujcic-Voortman et al. (2011) onderzochten de prevalentie van obesitas en cardiovasculaire aandoeningen bij Turkse en Marokkaanse migrantenpopulaties in West-Europa. Hun systematische review omvat verschillende cross-sectionele studies waarvan twaalf een Turkse migrantenpopulatie en zes een Marokkaanse migrantenpopulatie includeerden. Deze studies werden uitgevoerd in Nederland, Duitsland, Frankrijk, Zweden en Noorwegen (1997-2009). Wat betreft overgewicht werden er bij de mannelijke Turkse migrantenpopulatie cijfers gerapporteerd tussen 21 % en 60 %, bij de Turkse vrouwen gaat het om 24 % tot 60 %. In de mannelijke Marokkaanse migrantenpopulatie gaat het om 19% tot 47% en bij de Marokkaanse vrouwen wordt er bij 23 % tot 43 % overgewicht gerapporteerd. De sterke spreiding van de percentages is onder andere te wijten aan het verschil in leeftijd van de studiepoulaties. Verder dient vermeld te worden dat obesitas ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) frequenter is bij vrouwen dan bij mannen, dit geldt voor beide migrantenpopulaties. Wanneer de prevalenties van migrantenpopulaties vergeleken worden met die van de inheemse populatie zijn deze steeds hoger, enkel bij Marokkaanse mannen wordt dit verschil niet altijd teruggevonden.<sup>20</sup>

Dijshoorn et al. (2013) voerden een cross-sectioneel onderzoek uit naar de prevalentie van overgewicht en obesitas in verschillende eerste en tweede generatie migrantengroepen in Nederlandse steden. De studiepoulatie bestond uit 42686 personen van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst tussen de 16 en 34 jaar. Deze laatste migrantengroep is niet relevant voor onze studie. De resultaten van deze studie toonden een hogere prevalentie van bijna alle migrantensubpopulaties in vergelijking met de Nederlandse subpopulatie. Enkel de groep bestaande uit tweede generatie Marokkaanse mannen had een gelijklopende prevalentie met die van de Nederlandse mannen. Deze verschillen bleven bestaan na correctie voor leeftijd en opleidingsniveau, hoewel deze laatste factor wel een negatieve invloed bleek uit te oefenen op de prevalentie van overgewicht in alle populaties. De volgende cijfers werden gerapporteerd: 24 % van de Nederlandse mannen, 39 % van de Turkse mannen, en 17 % van de Marokkaanse mannen had een  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , in de vrouwelijke populaties had 16 % van de Nederlandse vrouwen, 21 % van de Turkse vrouwen en 26 % van de Marokkaanse vrouwen een  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ . Dit zijn cijfers van tweede generatie migrantenpopulaties. In deze studie werd er geen significant verschil

waargenomen tussen de prevalentie van overgewicht en obesitas in eerste en tweede generatie migrantengroepen.<sup>21</sup>

Er kan geconcludeerd worden dat er een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas is in de Turkse en Marokkaanse migrantenpopulatie in vergelijking met de West-Europese populatie. Dit verschil is het grootst bij Turkse vrouwen en het kleinst bij Marokkaanse mannen.

## 4.2 Perceptie omtrent overgewicht en obesitas

Een belangrijke factor om tot een optimale behandeling van overgewicht en obesitas te komen, is dat patiënten hun overgewicht als dusdanig herkennen. De perceptie omtrent overgewicht en obesitas is dus belangrijk om na te gaan. In het volgende deel zal onderzocht worden wat er hieromtrent reeds geweten is bij de autochtone inwoners van Westerse landen, inwoners van Turkije en Marokko en migrantenpopulaties in Westerse landen. Vele studies die uitgevoerd zijn rond één van deze onderwerpen handelen echter over kinderen en hun ouders, deze studies worden hier buiten beschouwing gelaten.

### 4.2.1 Perceptie in Westerse landen

Er zijn een aantal studies uitgevoerd waarbij de perceptie van zowel artsen als patiënten omtrent overgewicht en obesitas werd vergeleken. Pulvers et al. (2008) onderzochten in een Noord-Amerikaanse populatie de overeenkomst in de ideeën van artsen en patiënten omtrent de lichaamsbouw van de patiënt. Zij concludeerden dat de ideeën van vrouwelijke patiënten en hun huisartsen in het algemeen goed overeenkwamen. Bij de mannelijke patiënten was dit minder het geval. Obese mannen waren meer geneigd hun gewicht te onderschatten dan vrouwen.<sup>22</sup>

Ruales et al. (2007) gingen de perceptie van patiënten en artsen na omtrent obesitas. Uit deze studie bleek dat patiënten de oorzaak van hun overgewicht vooral wijten aan externe factoren, dit in tegenstelling tot de artsen die een belangrijke component bij de patiënten zelf zagen. Ook in de ideeën omtrent de aanpak verschilden beide groepen. Artsen dachten een meerwaarde te kunnen betekenen in de aanpak van obesitas terwijl de patiënten eerder het idee hadden het op eigen houtje op te lossen. Zij voelen zich vaak gestigmatiseerd door gezondheidswerkers.<sup>23</sup>

Brown et al (2006) onderzochten de perceptie van patiënten omtrent overgewicht en obesitas in het Verenigd-Koninkrijk. Zij concludeerden dat patiënten een grote verantwoordelijkheid bij zichzelf leggen en zich vaak gestigmatiseerd voelen, dit was een reden om geen hulp te vragen bij de aanpak van obesitas. Een goede arts-patiëntrelatie en meer intensieve begeleiding verlaagden de drempel tot een hulpvraag.<sup>24</sup>

Samenvattend kan gesteld worden dat er door patiënten zowel interne als externe factoren als oorzaak van overgewicht en obesitas worden aangegeven, dit afhankelijk van de studie. Belangrijk is vooral het gevoel van stigmatisering door de samenleving en de gezondheidszorg waardoor er vaak geen hulp wordt gezocht. Vrouwen zijn in het algemeen sneller geneigd zichzelf als obese te beschouwen, terwijl mannen dit vaak niet als een probleem zien. Studies omtrent de hoofdvragen van onze studie rond voor- en nadelen en risico's werden niet gevonden.

#### 4.2.2 Perceptie in niet-Westerse landen (Marokko en Turkije)

Er is weinig literatuur beschikbaar over de perceptie van Turken en Marokkanen. De meeste studies uitgevoerd rond overgewicht en obesitas handelen over de prevalentie van deze aandoeningen en peilen niet naar de perceptie van de patiënten. Lahmam et al. (2008) voerden een studie uit die 436 personen  $\geq 20$  jaar afkomstig uit de Hoge Marokkaanse Atlas includeerden. In deze populatie was de prevalentie van obesitas vrij laag bij de mannelijke bevolking, maar fors stijgend bij de vrouwelijke bevolking. Uit deze studie bleek dat Marokkaanse vrouwen een hoger gewicht prefereerden.<sup>25</sup>

Jafri et al. (2013) onderzochten overgewicht en obesitas bij 425 vrouwen afkomstig uit Casablanca. De prevalentie van overgewicht en obesitas lag zeer hoog, boven de 80 % in alle leeftijdscategorieën behalve bij vrouwen  $\leq 25$  jaar waar de prevalentie van overgewicht 44 % was. 62 % Van de vrouwen vond hun gewicht normaal of te laag, terwijl 47 % van hen overgewicht of obesitas had. Verdikkende medicatie werd door 12 % van de populatie gebruikt, de meeste van hen waren jonger dan 35 jaar.<sup>26</sup>

Er werden geen studies gevonden omtrent de perceptie in Turkije. Wel zijn er verschillende prevalentiestudies uitgevoerd, alsook studies die nagaan wat beïnvloedende factoren zijn voor het ontwikkelen van overgewicht en obesitas. Hieruit blijkt dat socio-economische status en opleidingsniveau een grote invloed hebben, resultaten die vergelijkbaar zijn met soortgelijke studies uitgevoerd in West-Europa.<sup>27,28</sup>

Het is moeilijk een conclusie te trekken uit de beperkte literatuur beschikbaar rond dit thema. In de Marokkaanse populatie lijkt er vaak een voorkeur voor een zwaardere lichaamsbouw te bestaan. Voor de Turkse populatie is er geen literatuur die dit aantoont.

#### 4.2.3 Perceptie van niet-Westerse migranten in Westerse landen

Zoals reeds besproken in de sectie rond perceptie omtrent overgewicht, heerst er in niet-Westerse culturen regelmatig een voorkeur voor een zwaardere lichaamsbouw. Er zal nu verder gefocust worden op de perceptie van Turkse en Marokkaanse migranten in West-Europa.

De meerderheid van de studies die perceptie van migranten nagaan zijn echter uitgevoerd in de Verenigde Staten waarbij de migrantenpopulatie bestond uit Latino's en Afro-Amerikanen.<sup>29-33</sup> De belangrijkste bevindingen uit deze studies was dat een groot deel van de migrantenpopulaties zich niet correct classificeerde als obees. Dit brengt met zich mee dat een grote groep van de obese patiënten zich niet bewust zijn van hun aandoening en dus ook minder geneigd zijn hun obesitas aan te pakken. Martinez et al. (2012) beschreven dat mannelijke Mexicaanse immigranten vooral de slechtere mobiliteit en de hogere kans op geassocieerde aandoeningen als nadeel van overgewicht en obesitas beschouwden.<sup>34</sup> De belangrijkste barrières voor het aanpakken van overgewicht waren drukke werkschema's en moeilijke toegang tot sportfaciliteiten. Tevens meende deze patiëntengroep dat immigratie een negatieve invloed heeft op de familiale samenhang en de gestructureerde eetgewoonten. De hierboven beschreven studies zijn echter uitgevoerd in een compleet andere setting dan onze studie (andere migrantenpopulatie en ander thuisland), er zal hier dus verder niet op ingegaan worden.

Een aantal studies zijn dit onderwerp nagegaan in niet-Westerse immigranten in Europa. De migrantengroepen zijn in dit geval meestal van Zuid-Aziatische of Afrikaanse afkomst. Uit al deze studies blijkt echter dat de meerderheid van de migranten overgewicht en obesitas niet als een probleem aanzien, het wordt in tegendeel vaak als positief beschouwd.<sup>35-38</sup>

Er werd slechts één studie gevonden die de perceptie rond overgewicht en obesitas in Turkse en Marokkaanse migrantenpopulaties onderzocht. Nicolaou et al. (2008) evalueerden het ideale lichaamsbeeld en de perceptie van het huidige lichaamsgewicht bij jonge Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland. De meerderheid van de mannen prefereerden een lichaamsbouw dat overeenkwam met hun huidige lichaamsbouw (78,2 % van de Marokkaanse mannen en 71 % van de Turkse mannen), terwijl de vrouwen aangaven de voorkeur te geven aan een slankere lichaamsbouw in vergelijking met hun huidige lichaamsbouw (60,3 % van de Turkse vrouwen en 57,7 % van de Marokkaanse vrouwen). Verder bleek dat Turkse mannen en vrouwen vaker een slanker lichaamsbeeld prefereerden bij het andere geslacht in vergelijking met de Marokkaanse populatie. In de BMI klasse van 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> beschouwden 63 % van de Turkse mannen en 82 % van de Marokkaanse mannen hun lichaamsgewicht als gemiddeld. Zowel Turkse als Marokkaanse vrouwen zagen hun overgewicht als een probleem, hun ideeën kwamen overeen met die van de autochtone Nederlandse bevolking.<sup>39</sup>

Samenvattend kan er dus gesteld worden dat het ideale lichaamsbeeld van jonge Turkse en Marokkaanse migrantenvrouwen gelijklopend is met dat van Nederlandse vrouwen. Turkse en Marokkaanse migrantenmannen herkennen in het algemeen hun overgewicht minder goed dan Nederlandse mannen. Omtrent de hoofdvragen geformuleerd in deze thesis rond definitie van overgewicht, de oorzaak, voor- en nadelen, risico's van overgewicht, invloed op het zelfbeeld en ideeën over de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht werden geen studies gevonden.

## 5. Resultaten

### 5.1 Populatiebeschrijving:

In totaal werden er 20 Vlaamse, 18 Marokkaanse en 21 Turkse patiënten uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgesprekken. De participatiegraad bedroeg 20% voor de Vlaamse, 11% voor de Marokkaanse en 19% voor de Turkse populatie. Het ging zowel om patiënten die direct weigerden deel te nemen als om patiënten die initieel toegezegd hadden, maar dan niet kwamen opdagen op het afgesproken tijdstip. Redenen om niet deel te nemen waren onder andere tijdsgebrek, geen interesse, angst om te praten in groep en geen beloning. Uiteindelijk namen er 10 patiënten deel aan de focusgesprekken. Er vonden drie focusgesprekken plaats. De Vlaamse groep bestond uit 1 mannelijke en 3 vrouwelijke deelnemers. De Marokkaanse groep bestond uit 2 deelnemers en hun dochters die de rol van tolk uitoefenden. De 2 dochters worden verder buiten beschouwing gelaten aangezien ze niet obees waren en enkel als tolk fungeerden. De Turkse groep bestond uit 4 deelnemers. Alle deelnemers hadden een BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>. De patiëntenpopulatie wordt verder beschreven in tabel 2.

*Tabel 2: Patiëntenpopulatie focusgesprekken per afkomst*

	Vlaams	Marokkaans	Turks
<b>geslacht</b>			
m	1		
v	3	2	4
<b>leeftijd</b>	35	55	52
(gemiddelde)			
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	36,3	34,7	32,6
(gemiddelde)			
<b>generatie</b>			
1 <sup>e</sup>		2	3
2 <sup>de</sup>			1

De vragenlijsten werden in totaal door 35 patiënten ingevuld waarvan 23 van Vlaamse, 9 van Marokkaanse en 3 van Turkse afkomst. De patiëntenpopulatie wordt beschreven in tabel 3.



Tabel 3: Populatiebeschrijving vragenlijsten per afkomst en geslacht

	Vlaams		Marokkaans		Turks	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
<b>aantal</b>	8	15	4	5	2	1
<b>leeftijd (gemiddelde in jaar)</b>	49	47	39	32	42	27
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>						
25-29,9	2	8	1	2	1	1
30-34,9	5	5	1	2		
≥ 35	1	2	2	1	1	
<b>generatie</b>						
1 <sup>ste</sup>			2	2	1	
2 <sup>de</sup>			2	3	1	1

## 5.2 Focusgesprekken:

### 5.2.1 Perceptie rond overgewicht en obesitas in de Vlaamse groep

#### **Wat is overgewicht?**

Overgewicht wordt door de vrouwelijke deelnemers geformuleerd als 'te dik' zijn. Voor hen wordt dit visueel bepaald. Het ideale gewicht wordt door de vrouwelijke deelnemers als een kledingmaat omschreven. De mannelijke deelnemer omschrijft overgewicht als een BMI > 35. Normen van de maatschappij worden als belangrijk aangegeven.

Quote (♀, 25j): 'Peerfiguur? Maatje 40 dat vind ik ideaal, ik zou liever 38 hebben'

Quote (♂, 34j): 'De maatschappij heeft een norm en als je daarover gaat dan heb je overgewicht, dat zie je aan mensen als die zwaarder zijn.'

#### **Wat is de oorzaak van overgewicht?**

De disbalans tussen voedselintake en beweging wordt aangehaald. Alle patiënten erkennen hun eigen verantwoordelijkheid in hun overgewicht, maar zeggen ook dat het in een aantal gevallen buiten de eigen controle ligt. Het gaat hier dan vooral om familiale aanleg, gezinsgewoonten en onderliggende aandoeningen.

Quote (♀, 25j): *'Als ge niet let op uw eten en ge pakt het eten van de moemoe met de bechamelsaus en al en ge gaat graag naar de McDonalds en ge hebt dan geen beweging dan gade bijkomen,...sommige mensen kunnen er ook echt niets aan doen.'*

Quote (♂, 34j): *'Door natuurlijke aanleg, ik denk dat mijn ouders mij niet goed in het oog hebben gehouden in de lagere school op vlak van wat ik allemaal at. Daar is het fout gelopen, ....de hoeveelheden...'*

### **Wat denk je over mensen met overgewicht?**

De vrouwelijke deelnemers vergelijken anderen met overgewicht telkens met zichzelf, ze veroordelen niemand. Er wordt door alle deelnemers gezegd dat ook zware mensen mooi kunnen zijn. Iedereen zegt wel zichzelf er niet gelukkig bij te voelen. Bij de mannelijke deelnemer komen er geen spontane gedachten op bij het zien van iemand met overgewicht.

Quote (♀, 38j): *'...dan bedoel ik niet zo mensen van 300kg, dat nu wel niet, ik vind vrouwen met maatje 46 dat kunnen soms ook heel schoon vrouwen zijn.'*

### **Welke voor- en nadelen zie je bij overgewicht?**

Als nadelen worden door alle deelnemers spontaan de verminderde bewegelijkheid en het probleem om kleding te kopen vermeld. Chronische aandoeningen worden pas in tweede instantie aangehaald.

Quote (♀, 25j): *'Voordelen, ge hebt minder rap koud en de nadelen; ge zijt rapper moe, dat wel en ge wordt nagekeken, en ge kunt minder schoon kleren aandoen, dat vind ik ook jammer dat ik niet gewoon naar den Appels kan gaan en daar iet kan uit pakken dat ik graag zie, dat gaat niet'*

Quote (♀, 43j): *'...voor den tikker, voor suikerziekte en zo, ik denk ook dat ge rapper ziek wordt'*

Quote (♂, 34j): *'Ik heb als kind altijd al last gehad van mijn knie, ik denk dat dat niet goed is als je teveel weegt. Mijn vader heeft jicht, en af en toe heb ik ook een steek in mijn teen dus ik denk dat ik daar ook al last van krijg. Gewoon slecht voor conditie, hart en vaten en diabetes'*

### **Is overgewicht gevaarlijk?**

Drie van de vier deelnemers denken dat mensen met overgewicht sneller sterven omwille van hartziekten. Ze houden zich hier eigenlijk niet mee bezig omdat het nog ver weg is.

Quote (♀,25j): *'Nee! daar hou ik me niet mee bezig, ik heb zware astma en ik rook nog elke dag een half pakske sigaretten, daar lig ik nu niet van wakker.'*

Quote (♂,34j): *'Ik lig wel wakker van mijn gezondheid, niet van sneller te sterven, dat ligt misschien nog verder. Maar mijn schuld saldo verzekering ligt daar wel van wakker want die is behoorlijk hoog. Op heel veel plaatsen kreeg ik zelfs geen verzekering. Op korte termijn wil ik een actieve papa voor mijn zoon zijn en dat is wel moeilijker nu. Ik wil natuurlijk ook niet doodvallen op mijn 50 jaar.'*

### **Heeft overgewicht een invloed op het zelfbeeld?**

Vooral de vrouwelijke deelnemers ondervinden veel hinder van overgewicht op hun zelfvertrouwen. Ze geven aan dat ze een beter zelfbeeld zouden hebben, moesten ze slanker zijn. Bij de mannelijke deelnemer ligt dit anders, hij geeft aan zich goed te voelen maar zegt te begrijpen dat sommige mensen er een lager zelfbeeld door krijgen.

Quote (♀, 38j): *'Ja heel hard, je bent onzeker en als je naar de winkel gaat dan pak ik al direct de grootste maat, en als ik dan al is iets kleiner nodig heb en ge ziet er dan iets in, daar kan ik niet naar leven, dat doe ik niet aan, dus je wordt daar wel heel onzeker door.'*

Quote (♂, 34j): *'Dat kan veel verschil zijn, ik heb overgewicht en ik zit goed in mijn vel, en iemand anders zonder overgewicht kan heel depressief zijn. Ik denk over het algemeen dat als je overgewicht hebt dat je dan sneller een lager zelfbeeld hebt maar dat dat niet rechtstreeks gevolg heeft.'*

### **Wat is de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht?**

De context waarin een kind opgroeit wordt als een belangrijke factor beschouwd. De familietradities bepalen mee de ontwikkeling van overgewicht. De etnische afkomst maakt volgens de vrouwelijke deelnemer geen verschil, voor de mannelijke wel.

Quote (♀, 25j): *'...hangt er vanaf uit welke familie dat je komt, als je een heel sportieve familie hebt en allemaal die strak gepakt zijn dan niet, maar bij mijn familie zijn er ook geen zwaren, wij zijn genieters, wij gaan graag een tapas schotel eten'*

Quote (♂, 34j): *'...als ik geboren was in Afrika dan had ik geen overgewicht, ik denk dat onze Westerse samenleving met alles in overvloed en de Bourgondiër in de Belg die graag eens een BBQ'ke en een pintje pakt, dat zal er wel mee te maken hebben, in ander streken van de wereld hebben ze die problemen niet, ....als je in Afrika zwaar bent dan heb je centen en in Amerika is dat dan weer echt pure armoede. Wat wel opvalt hier in Vlaanderen is dat gezonde voeding een pak duurder is dan ongezonde voeding.'*

### 5.2.2 Perceptie rond overgewicht en obesitas in de Marokkaanse groep:

#### **Wat is overgewicht?**

De deelnemers vinden het moeilijk deze vraag te beantwoorden. Er wordt vooral wat onderling gemompeld. Ze kunnen hier geen duidelijk antwoord op formuleren en er wordt naast de vraag geantwoord.

Quote (♀, 53j): *'Niet goed'*

Quote (♀, 57j): *'Niet gezond'*

#### **Wat is de oorzaak van overgewicht?**

Als belangrijkste oorzaken voor overgewicht en obesitas vermelden de deelnemers een te hoge voedselintake en te weinig beweging. Ze geven aan dat dit een beïnvloedbare factor is waarop ze zelf kunnen inspelen. Als andere mogelijke oorzaken worden familiale aanleg, medicatiegebruik en ziekten genoemd. Ze geven geen specifieke aandoeningen als oorzaak aan.

Quote (♀, 57j): *'Laat eten. En geen beweging en zeker te weinig sporten'*

Quote (♀, 53j): *'... het kan ook een aandoening zijn of aanleg van iets zijn'*

### Wat denk je over mensen met overgewicht?

Er werden vooral gevoelens van medelijden geuit. Alle deelnemers associeerden overgewicht met negatieve gevoelens, er kwamen geen positieve gedachten in hen op. Er werden zeker geen beschuldigende gedachten geuit.

Quote (♀, 53j): *'...medelijden, met mensen die heel dik zijn...'*

### Wat zijn voor- en nadelen van overgewicht?

De deelnemers zien geen voordelen in het hebben van overgewicht. Als nadelen vermelden ze verminderde mobiliteit en aandoeningen zoals diabetes mellitus, hartaandoeningen, hypercholesterolemie. Ze geven ook aan vaak vermoeid te zijn door het overgewicht.

Quote (♀, 57j): *'... niet goed, last van knieën, en heeft heel veel operaties moeten doen voor haar knie, ... altijd moe, ... en dan krijgde verschillende ziekten zoals cholesterol, en suikerziekte, je kan ook minder gemakkelijk uit de voeten, je kan niet bewegen, je voelt je er niet goed bij.'*

Quote (♀, 53j): *'Ik denk niet dat er echt voordeel in zit, ...ja en cholesterol ook te hoog. Ja en moeilijk bewegen, je wordt heel snel moe.'*

### Is overgewicht gevaarlijk?

De deelnemers geloven dat overgewicht gevaarlijk is omwille van de gezondheidsproblemen hierboven beschreven. Ze geven aan dat dit een oorzaak is van vroegtijdige sterfte, ze piekeren er ook regelmatig over.

Quote (♀, 53j): *'Voor het hart. Ze heeft hartproblemen en hoge bloeddruk. Voor haar is het wel, ... haar tante is daardoor gestorven... ze ligt er wel wakker van.'*

Quote (♀, 57j): *'...veel kwaaltjes...dan hoge bloeddruk...falen, ...zeker als je kinderen hebt...'*

### Heeft overgewicht een invloed op het zelfbeeld?

Er wordt aangegeven dat overgewicht zeker een invloed heeft op het zelfbeeld, ze voelen zichzelf er minder mooi door. Alhoewel deze factor toch eerder speelt bij jongere vrouwen. Verder wordt er ook gerelativeerd, ook magere vrouwen kunnen onzeker zijn. Indien ze een keuze hadden, zouden ze kiezen voor een slanker lichaam.

Quote (♀, 53j): *'Ja als ze oud zijn letten ze niet meer op schoonheid, bij jonge meisjes van 15-16 jaar...ik denk dat die daar meer op letten..., ....zich er niet goed bij voelt, onzeker'*

Quote (♀, 57j): *'Eigenlijk moeten we naar het innerlijke kijken..., sommige magere mensen hebben geen beter zelfbeeld van zichzelf'*

Quote (♀, 53j): *'Ik denk dat iedereen zo zegt 'ja ik wil bijkomen' en de andere zegt 'ik wil vermageren'. Niemand is perfect, ...ik zou liever mager zijn.'*

### **Wat is de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht?**

Beide deelnemers geven aan dat er geen relatie is tussen overgewicht en afkomst. Iedere persoon heeft zijn eigen gedachten, onafhankelijk van cultuur en afkomst. Ze zien geen verband tussen armoede/rijkdom en gewicht.

Quote (♀, 53j): *'Elke persoon denkt anders, het heeft niet te maken met cultuur of afkomst of eh, ...mijn moeder heeft er altijd aandacht voor'*

Quote (♀, 57j): *'Van persoon tot persoon...'*

Quote (♀, 53j): *'Er zijn ook heel veel arme mensen die ook heel dik zijn, het heeft gewoon te maken met ongezond eten.'*

### **5.2.3 Perceptie rond overgewicht en obesitas in de Turkse groep:**

#### **Wat is overgewicht?**

Er is geen eenduidig antwoord, maar het blijkt wel dat de deelnemers een link leggen tussen lengte en gewicht. Verder wordt overgewicht vooral op het zicht beoordeeld. De meeste van hen stellen voor zichzelf een streefgewicht op dat hen gezond lijkt.

Quote (♀, 40j): *'Het is niet goed, ....dat is een teken dat je kan ziek worden.'*

Quote (♀, 58j): *'Ik heb daar een getal op geplakt, 60 is goed voor mij, ik ben klein...'*

Quote (♀, 61j): *'Zij is groot en ik ben klein, dus anders.'*

#### **Wat is de oorzaak van overgewicht?**

De deelnemers wijten overgewicht vooral aan het voedingspatroon, gebrek aan beweging en stressfactoren. Verder heerst er ook wel wat twijfel over de exacte oorzaken. Ze vermelden geen familiale aanleg.

Quote (♀, 40j): *'Je moet oppassen op eten, ...niet voldoende beweging'*

Quote (♀, 58j): *'Komt van stress denk ik, niet alleen van eten.'*

#### **Wat denk je over mensen met overgewicht?**

Hier wordt door 1 deelnemer het gevoel van medelijden geuit. Verder denken ze daar niet echt over na. Er gaan weinig specifieke gedachten door hen heen wanneer ze iemand met overgewicht zien.

#### **Welke voor- en nadelen zie je bij overgewicht?**

Geen enkele deelnemer zag een voordeel aan overgewicht. Als belangrijkste nadelen komen vooral de zaken aan bod die hen op het huidige tijdstip storen, met name verminderde energie en bewegelijkheid. Tevens zeggen ze allemaal dat het moeilijker is om passende kleding te vinden. Enkel de patiënte die reeds aan type II diabetes mellitus leed, vermeldde spontaan een aantal chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, hartaandoeningen en hypertensie, de andere beaamden dit dan.

Quote (♀, 61j): *'geen goede dingen, niet mooi, niemand niet willen bijkomen, ...hartziektes, suikerziekte, kan van alles zijn, hoge bloeddruk'*

Quote (♀, 58j) *'Niet lang stappen, niet lang bewegen, eigenlijk alles moeilijk, als jij mager is alles makkelijk, veel meer energie, ook minder energie nu...'*

### **Is overgewicht gevaarlijk?**

Er werd geen duidelijk gevaar gekoppeld aan overgewicht, ook al werd er voordien gezegd dat er een aantal aandoeningen kunnen ontstaan omwille van overgewicht. Geen enkele deelnemer geloofde dat obesitas tot een vroegere sterfte zou leiden. Ze liggen dan ook niet echt wakker van de mogelijke gevolgen.

Quote (♀, 61j): *'Ik kan niet geloven, niet alleen dikke mensen sterven. Magere mensen ook, dat is niet waar. Ik ken dikke mensen die lang leven.'*

Quote (♀, 58j): *'Nee ikke niet zo veel, anders zot worden'*

### **Heeft overgewicht een invloed op het zelfbeeld?**

Alle deelnemers zeggen een laag zelfvertrouwen te hebben dat gedeeltelijk te wijten is aan overgewicht. Vooral het kopen van kleding wordt als niet aangenaam aangegeven omwille van de confrontatie met hun overgewicht.

Quote (♀, 58j): *'...nieuwe kleren kopen. Bijvoorbeeld jij willen kopen, allemaal te smal. Niet goed, dikke buik.'*

### **Wat is de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht?**

Er wordt vooral gewezen op de traditionele gezinsstructuur waarbij de vrouw het huishouden op zich neemt en veel kookt. Ook wordt er in de Turkse eetcultuur veel brood gegeten en heel de dag door gegeten. Tevens heerst de gedachte dat overgewicht een teken van financiële welvaart is. Wie arm is, kan geen voedsel kopen en blijft daarom mager.

Quote (♀, 40j): *'Daar werken vrouwen niet mee, zijn meestal huisvrouwen. Dus de echtgenoot werkt en zij zijn meestal thuis en dat ze ook heel graag eten.'*

Quote (♀, 61j): *'Turkse mensen eten graag.'*

Quote (♀, 58j): *'Echtgenote is thuis en maakt het eten, ...veel brood eten.'*

## **5.3 Vragenlijsten**

De vragenlijst bevat 4 gesloten en 2 open vragen rond perceptie omtrent overgewicht en obesitas. De antwoorden op de gesloten vragen per subpopulatie en geslacht zijn terug te vinden in tabel 4, 5 en 6.

De meerderheid van de patiënten, onafhankelijk van hun afkomst, vond overgewicht een risico voor hun gezondheid. Er dient hier echter bij vermeld te worden dat er deelnemers zijn die aangeven niet te weten of overgewicht een probleem vormt voor hun gezondheid, het gaat hier voornamelijk over Vlaamse vrouwen van hogere leeftijd (> 55 jaar). Tevens zagen de meeste patiënten in elke subpopulatie eetgewoonten en gebrek aan lichaamsbeweging als oorzaak van overgewicht. Ook bij deze vraag waren er echter deelnemers die aangaven dit niet te weten (vnl. Vlaamse vrouwen) of de vraag negatief beantwoordden. De antwoorden op de vraag of cultuur en afkomst een rol spelen bij overgewicht waren divers. Bij de Vlaamse mannelijke subpopulatie waren de antwoorden gelijk

verdeeld (ja/nee/weet ik niet), de meerderheid van de vrouwelijke deelnemers meenden dat dit geen rol speelt bij overgewicht. De Turkse en Marokkaanse vrouwen antwoordden ofwel negatief ofwel gaven ze aan het niet te weten. Bij Turkse en Marokkaanse mannen waren de positieve en negatieve antwoorden gelijk verdeeld.

Tabel 4: resultaten vragenlijsten Vlaamse populatie

	mannen (n = 8)			vrouwen (n = 15)		
	J (n)	N (n)	? (n)	J (n)	N (n)	? (n)
Vindt u uw gewicht een risico voor uw gezondheid?	7	1	0	10	1	4
Wordt overgewicht veroorzaakt door eetgewoonten?	8	0	0	8	2	5
Wordt overgewicht veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging?	5	3	0	9	3	3
Spelen afkomst en cultuur een rol bij overgewicht?	4	3	1	2	9	4

Tabel 5: Resultaten vragenlijsten Marokkaanse populatie

	mannen (n = 4)			vrouwen (n = 5)		
	J (n)	N (n)	? (n)	J (n)	N (n)	? (n)
Vindt u uw gewicht een risico voor uw gezondheid?	3	1	0	5	0	0
Wordt overgewicht veroorzaakt door eetgewoonten?	3	1	0	4	0	1
Wordt overgewicht veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging?	3	1	0	4	0	1
Spelen afkomst en cultuur een rol bij overgewicht?	1	2	1	0	2	3

Tabel 6 : Resultaten vragenlijsten Turkse populatie

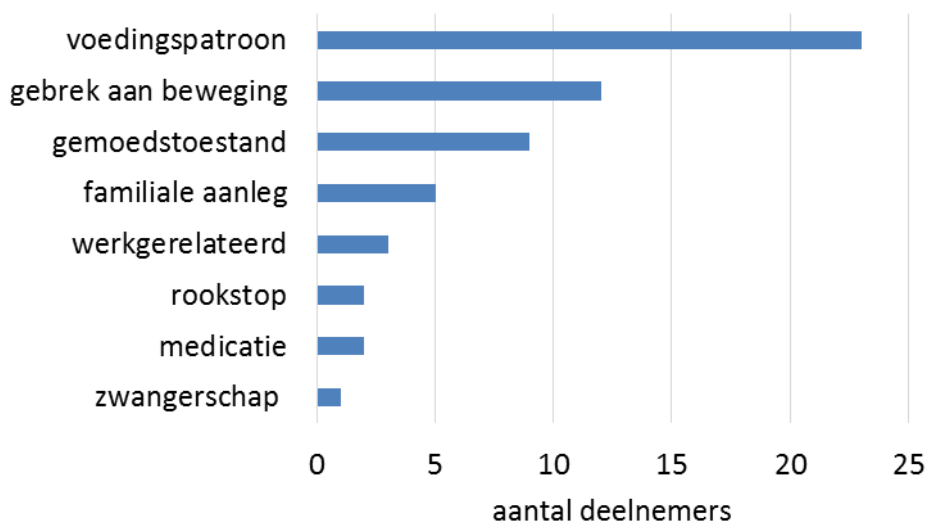
	mannen (n = 2)			vrouwen (n = 1)		
	J (n)	N (n)	? (n)	J (n)	N (n)	? (n)
Vindt u uw gewicht een risico voor uw gezondheid?	1	0	1	1	0	0
Wordt overgewicht veroorzaakt door eetgewoonten?	1	0	1	1	0	0
Wordt overgewicht veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging?	1	0	1	1	0	0
Spelen afkomst en cultuur een rol bij overgewicht?	1	1	0	0	0	1

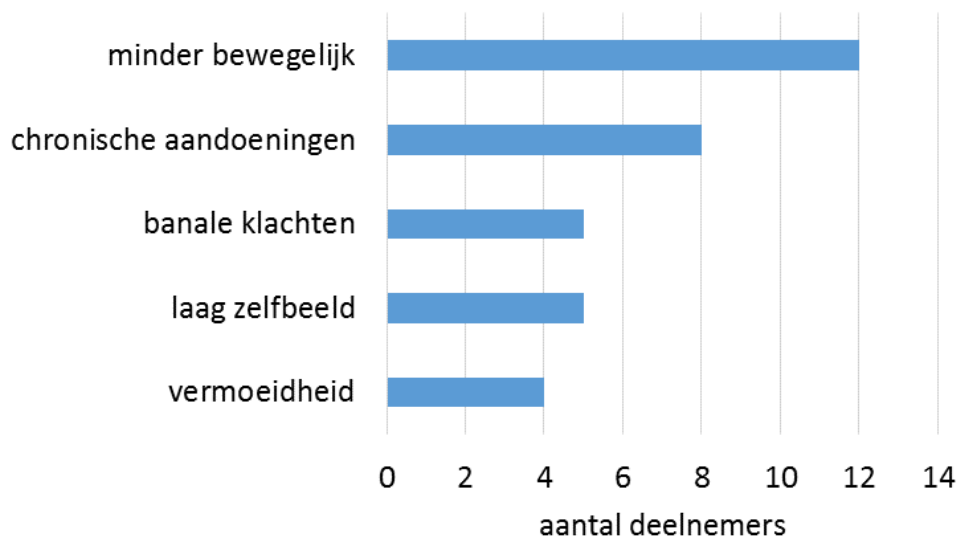


In figuur 1 worden de antwoorden op de open vraag omtrent oorzaken van overgewicht thematisch weergegeven. Er is hier geen onderscheid gemaakt in afkomst en geslacht van de deelnemers aangezien de aard en frequentie van de antwoorden tussen de subpopulaties gelijklopend waren. Niet elke deelnemer heeft de open vragen beantwoord, degene die op de gesloten vragen vaak 'weet ik niet' invulden, lieten de open vragen meestal open. Ongezonde eetgewoonten ('te veel snoep', 'te laat eten', 'gefrituurd eten') en gebrek aan lichaamsbeweging werd het vaakst vermeld als oorzaak van overgewicht. Stress en emotionaliteit werden tevens frequent als oorzaak aangegeven ('emoteren'). Ook familiale aanleg werd door meerdere deelnemers als oorzaak gezien ('het zit in de familie'). Verder werd er door verschillende deelnemers aangegeven dat hun job een oorzaak van overgewicht was ('shiftwerk', 'geen tijd om gezond te eten door drukte op het werk'). Andere oorzaken die de deelnemers neerschreven waren medicatiegebruik, rookstop en zwangerschap.

Slechts 1 persoon schreef een voordeel van overgewicht neer: 'Mensen vinden je gezelliger'. In figuur 2 worden de nadelen van overgewicht weergegeven, ook hier werd geen onderscheid op basis van afkomst en geslacht gemaakt aangezien de antwoorden qua frequentie en aard gelijklopend waren in alle subpopulaties. Niet elke deelnemer heeft de open vragen beantwoord, degenen die op de gesloten vragen vaak 'weet ik niet' invulden, lieten de open vragen meestal open. Verminderde bewegelijkheid ('minder met dochter kunnen spelen door slechte bewegelijkheid', 'pijn aan de gewrichten waardoor niet goed kunnen wandelen') werd het vaakst als nadeel aangegeven. Op de tweede plaats kwamen de gevolgen op lange termijn, met name aandoeningen zoals hartziekten, diabetes, hypercholesterolemie en hypertensie. Banale klachten ('veel kleine kwaaltjes', 'hoofdpijn', 'duizelig') en vermoeidheid ('altijd moe', 'weinig energie') werden door meerdere deelnemers vermeld. Ook een laag zelfbeeld werd een aantal keer neergeschreven, telkens door vrouwen.

Figuur 1: oorzaken van overgewicht (op basis van de vragenlijsten)



*Figuur 2: nadelen van overgewicht (op basis van vragenlijsten)*

## 6. Discussie

### 6.1 Interpretatie

Allereerst dient er opgemerkt te worden dat het op basis van de data van deze studie onmogelijk is om algemene conclusies op bevolkingsniveau te maken in verband met de perceptie van overgewicht en obesitas in een populatie van Vlaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst. Ook op praktijkniveau kunnen er niet met zekerheid conclusies worden getrokken, wel kunnen er veronderstellingen worden geformuleerd die een basis vormen voor de aanpak van overgewicht en obesitas in de praktijk en die door verder onderzoek en praktijkervaring getoetst kunnen worden.

Uit de resultaten van de focusgesprekken blijkt dat elke deelnemer, onafhankelijk van de etniciteit, zijn/haar overgewicht als een probleem erkent en liever een slanker lichaam zou hebben. De antwoorden uit de vragenlijsten bevestigen deze bevindingen, hoewel er toch een aantal deelnemers zijn die aangeven dat hun overgewicht geen probleem is voor de gezondheid of onwetend te zijn. Deze patiënten hebben echter allemaal een BMI  $\geq 30$  en vallen dus in de categorie van obesitas. Het gaat hier voornamelijk om Vlaamse vrouwen > 55 jaar. Dit is een interessant gegeven aangezien het erkennen van het eigen overgewicht een eerste stap vormt in de behandeling ervan. De huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen door het ter sprake brengen van overgewicht en het attent maken van de patiënt. De voorkeur voor een slankere lichaamsbouw bij migranten van Marokkaanse en Turkse afkomst werd ook teruggevonden in de studie van Nicolaou et al. (2008).<sup>39</sup> In deze studie bleken vooral vrouwen een voorkeur voor een slankere lichaamsbouw te hebben, die gelijklopend bleek te zijn met eerdere studies uitgevoerd in een autochtone Westerse populatie.<sup>40,41</sup> Zowel de resultaten van onze studie als die van Nicolaou et al. (2008) staan in contrast met studies uitgevoerd in Marokko waaruit bleek dat vooral vrouwen een voorkeur hadden voor een zwaardere lichaamsbouw.<sup>25,26</sup> Dit doet vermoeden dat de gedachten omtrent het ideale lichaamsbeeld van de allochtone populatie geneigd zijn te evolueren in de richting van de gedachten van de autochtone populatie. Dit proces waarbij elementen van een vreemde cultuur worden overgenomen wanneer twee bevolkingsgroepen langdurig met elkaar in contact staan wordt acculturatie genoemd. Acculturatie gebeurt in beide richtingen, maar het zal voornamelijk de minderheidsgroep zijn die elementen van de meerderheidsgroep overneemt.

Er zijn een aantal studies uitgevoerd die het verband tussen acculturatie en overgewicht en obesitas onderzochten. Delavari et al. (2013) publiceerden een systematische review die negen studies omtrent het effect van acculturatie op het lichaamsgewicht includeerde.<sup>42</sup> Enkel studies die gevalideerde schalen voor acculturatie gebruikten werden geïnccludeerd. Al deze studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten waarbij de migrantenpopulatie voornamelijk afkomstig was uit Mexico en Azië. Zes studies rapporteerden een positief effect tussen het niveau van acculturatie en BMI, dit was voornamelijk het geval bij mannen en werd vooral verklaard door een snelle voedingstransitie.<sup>43-48</sup> Drie studies toonden echter een negatief effect aan tussen beide parameters.<sup>49-51</sup> Dit effect was voornamelijk zichtbaar bij vrouwen en werd verklaard door het overnemen van het Westerse idee van het ideale lichaamsbeeld, waardoor er meer naar gezonde voeding gegrepen werd en meer aan sport werd gedaan. Er werden geen studies gevonden die de relatie tussen acculturatie, gemeten met een gevalideerd instrument, bij Turkse en Marokkaanse

migranten in West-Europa onderzochten. Een kanttekening die bij de bovenstaande studies gemaakt dient te worden, is het feit dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen de prevalentie van overgewicht en de gedachten en gevoelens die hieromtrent leven. Deze studie betreft namelijk een kwalitatief onderzoek waarbij werd gepeild naar gevoelens en gedachten en niet naar de prevalentie van overgewicht en obesitas. Het is namelijk al aangetoond dat de prevalentie hoger is in de Marokkaanse en Turkse migrantenpopulatie. Indien de perceptie omtrent obesitas correct is, is dit een eerste stap in de goede richting om ook tot een goede aanpak van overgewicht te komen en de prevalentie in migrantenpopulaties op gelijk niveau met die in de autochtone bevolking te brengen. Of acculturatie een rol speelt in onze onderzoekspopulatie is moeilijk na te gaan aangezien er geen gevalideerd instrument is gebruikt om dit proces te meten. Er is wel telkens genoteerd of de migranten van eerste of tweede generatie waren, dit bleek echter geen invloed uit te oefenen op hun perceptie omtrent overgewicht. Toch blijkt uit de focusgesprekken dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen wel degelijk een slanker lichaamsbeeld prefereren, zowel om esthetische als om gezondheidsredenen. Hun gedachtegang leek vrij dicht aan te leunen bij die van de Vlaamse vrouwen wat toch een evolutie doet vermoeden.

Rond de vraag of cultuur en afkomst een rol speelt bij overgewicht waren de antwoorden verdeeld. De meerderheid van de Vlaamse mannen gaf in de vragenlijsten aan dat afkomst een invloed heeft op het gewicht, bij de vrouwen dacht de meerderheid van niet. Uit het focusgesprek bij de groep van Vlaamse afkomst bleek dat vooral toegang tot gezonde voeding en familiale gewoonten van belang zijn. Men moet tevens over voldoende financiële middelen beschikken aangezien gezonde voeding vaak duurder is dan ongezonde voeding. Voorgaande factoren kunnen een verband houden met etniciteit. In het focusgesprek bij de groep van Marokkaanse afkomst werd aangegeven dat er geen verband bestaat tussen overgewicht en etnische afkomst. De deelnemers meenden dat dit individueel bepaald is en dat er binnen de Marokkaanse migrantengroep dezelfde verschillende meningen en gewoonten bestaan als binnen de Vlaamse autochtone populatie. Ook in de vragenlijsten gaf de meerderheid van de patiënten van Marokkaanse afkomst aan dat cultuur en afkomst geen invloed hebben op overgewicht en obesitas. De vrouwen van Turkse afkomst gaven in het focusgesprek aan dat er in de Turkse cultuur door de vrouwen veel gekookt wordt en heel de dag door gegeten wordt, dit kan ervoor zorgen dat er meer overgewicht en obesitas voorkomt. Ook zou in Turkije overgewicht gelinkt worden aan rijkdom. Dit is echter een idee dat volgens hen vooral in Turkije heerst, maar niet in België. Een kwalitatief onderzoek van Nicolau et al. (2009) naar sociale en culturele invloeden van voedselconsumptie bij Turkse en Marokkaanse immigranten in Nederland, komen gedeeltelijk overeen met de ideeën die leven bij de Turkse migrantenpopulatie uit onze studie. Zij toonden namelijk aan dat in beide culturen uitgesproken gastvrijheid de norm is. Dit wordt vooral geuit in het aanbieden van voedsel en drank. Er wordt zeer veel bij elkaar op bezoek gegaan en weigering van voeding is sociaal niet aanvaard.<sup>52</sup> Dit wordt ook door de deelnemers van onze studie verteld. Nicolau et al. (2009) toonden echter ook aan dat de aard van het voedsel wel wordt aangepast aan het nieuwe land, maar de gedachten en gevoelens omtrent de voedselcultuur niet. Er werd geen verschil gevonden tussen eerste en tweede generatie allochtonen.<sup>52</sup> Bovenstaande resultaten betreffende de voedingsvoorkeur werden bij de migrantenpopulatie uit onze studie niet teruggevonden.

Als oorzaken voor overgewicht worden in de focusgesprekken vooral een slecht voedingspatroon en gebrek aan beweging vermeld. Ook familiale aanleg en onderliggende aandoeningen worden

aangehaald. Uit de resultaten van de vragenlijsten komen in volgorde van frequentie volgende factoren naar boven: slecht voedingspatroon, gebrek aan beweging, stress en andere negatieve emoties, familiale aanleg en werk-gerelateerde factoren. Rookstop, zwangerschap en medicatie worden slechts sporadisch vermeld. Deze oorzaken komen overeen met deze opgegeven door de WHO.<sup>1</sup> De grote meerderheid van de deelnemers benoemt de oorzaken van overgewicht en obesitas dus correct, dit onafhankelijk van hun afkomst. Er zijn echter nog steeds patiënten die aangeven dat voeding en beweging geen invloed uitoefenen op het lichaamsgewicht, door hen werd stress en familiale aanleg als voornaamste oorzaak geuit (Vlaamse mannen en vrouwen, Marokkaanse man). Uit de focusgesprekken blijkt duidelijk dat het probleem zich niet bevindt op het niveau van het erkennen van de oorzaken, maar wel in het correct omgaan met deze factoren. De Turkse en Marokkaanse vrouwen geven duidelijk aan niet te weten welk voedingspatroon dan best wel te volgen en welke bewegingsactiviteiten uit te oefenen. Er is een concrete vraag naar lijsten met gezonde voedingsmiddelen. De Vlaamse deelnemers blijkt dit minder een probleem te zijn, daar is vooral het gebrek aan motivatie een struikelblok.

Als belangrijkste nadeel van overgewicht werd door de deelnemers van de focusgesprekken en de vragenlijsten een slechte bewegelijkheid geuit. De verminderde levenskwaliteit die dit met zich meebrengt, bleek een zeer storende factor te zijn. Dit is een opvallend gegeven aangezien gebrek aan beweging tevens een belangrijke oorzaak van overgewicht en obesitas is. Dit zorgt ervoor dat patiënten in een vicieuze cirkel belanden die nadelig is voor de aanpak van hun overgewicht. Dit biedt de huisarts een goede insteek bij het aanbrengen van overgewicht. Chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hypertensie en hartaandoeningen werden door de deelnemers van de focusgesprekken in tweede instantie vermeld. Het viel op dat de link sneller werd gelegd bij patiënten die reeds co-morbiditeiten hadden. Ook in de vragenlijsten kwamen de chronische aandoeningen op de tweede plaats. Niet elke deelnemer gelooft echter dat obesitas een oorzaak van vroegtijdige sterfte is. Het gaat hier dan vooral over de Turkse vrouwen die aangeven dat obesitas volgens hen niet tot vroegtijdige sterfte leidt. De Vlaamse deelnemers van de focusgesprekken geloofden dit wel, maar gaven aan daar niet van wakker te liggen aangezien die gevolgen zich pas later zouden duidelijk maken. Marokkaanse vrouwen geloofden wel in vroegtijdige sterfte door obesitas en gaven aan daar bang voor te zijn. Verder bleken alle vrouwelijke deelnemers een negatieve invloed op hun zelfbeeld te ervaren. Moeilijkheden met kleding te kopen werden zowel in de Vlaamse, Turkse als Marokkaanse groep gemeld. Vermoeidheid en tal van banale klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en duizeligheid werden tevens regelmatig vermeld, telkens door vrouwelijke deelnemers van elke etniciteit.

## 6.2 Methodologische beschouwingen

Deze thesis vormt een meerwaarde op het vlak van onderzoek naar de perceptie omtrent overgewicht en obesitas. De literatuurstudie heeft aangetoond dat er tot op heden weinig onderzoek is uitgevoerd naar de ideeën van overgewicht en obesitas in Marokkaanse en Turkse migrantenpopulaties in West-Europa. Aangezien een optimale aanpak van overgewicht enkel mogelijk is wanneer de ideeën van de individuele patiënt in kaart worden gebracht, is een kwalitatieve studie rond dit onderwerp zeer nuttig. Het uitvoeren van deze studie heeft mij een aantal nieuwe inzichten bijgebracht die in de verdere praktijkvoering hun nut zullen bewijzen.

Deze studie kent een aantal beperkingen waarvan de grootste het lage aantal deelnemers is. De participatiegraad was voor elke subpopulatie beperkt. Tijdens de rekrutering van de deelnemers werd op veel weerstand gestuit. Patiënten voelden zich regelmatig persoonlijk aangevallen omwille van hun overgewicht en gaven aan hierover niet te willen praten. Beide onderzoekers hadden het gevoel dat er voor velen nog een zeker taboe heerst rond het bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas. Dit sluit aan bij eerdere studies die hebben aangetoond dat patiënten zich vaak gestigmatiseerd voelen door gezondheidswerkers.<sup>23-24</sup> Deze lage participatiegraad kan leiden tot een populatiebias, namelijk dat vooral patiënten die reeds voorafgaand aan het onderzoek geïnteresseerd zijn in gewichtsverlies deelnemen aan het onderzoek. Deze mensen zijn reeds gemotiveerd en beschikken mogelijks over meer kennis omtrent dit onderwerp dan anderen. De patiënten die niet gemotiveerd zijn en er mogelijks andere ideeën omtrent overgewicht en obesitas op na houden, worden dan gemist. Tijdens de rekrutering viel tevens op dat er betrekkelijk meer vrouwen dan mannen geïnteresseerd waren om deel te nemen aan de studie. Dit was het geval voor elke subpopulatie. Vermoedelijk heeft dit te maken met het alom promoten van een slank vrouwelijk lichaamsbeeld in de huidige maatschappij, de factoren zelfvertrouwen en esthetiek kwamen tevens sterk naar voren tijdens de focusgesprekken. Het is mogelijk dat mannen andere ideeën omtrent overgewicht hebben die in deze studie niet naar boven zijn gekomen. Bij de vragenlijsten was er onevenwicht in het aantal deelnemers van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Tevens was het aantal allochtone deelnemers lager dan het aantal autochtone deelnemers. Hierdoor is het moeilijk om eenduidige conclusies te trekken, wel kunnen er veronderstellingen worden gemaakt.

Een bijkomende factor die mogelijks de resultaten van deze studie heeft verstoord is het verschil in afkomst tussen de onderzoekers (Vlaams) en twee subpopulaties, namelijk de deelnemers van Turkse en Marokkaanse afkomst. Dit kan enerzijds een medeoorzaak zijn voor de lage participatiegraad en anderzijds ook een rem uitoefenen op het vrij uiten van ideeën en gedachten tijdens de focusgesprekken. De taalbarrière hangt hier nauw mee samen. Tijdens de focusgesprekken werd er gebruik gemaakt van familie van de deelnemers om te tolken. Zij zijn niet getraind als professionele tolken, maar beschikken wel over het voordeel dat ze een nauwe relatie met de deelnemers hebben en daardoor minder inhiberend werken dan een onbekende tolk. De focusgesprekken bij de patiënten van Vlaamse afkomst liepen beduidend vlotter dan die bij de patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst.

In deze studie zijn de socio-economische achtergrond en co-morbiditeiten van de deelnemers niet mee opgenomen. Aangezien het over een explorierend kwalitatief onderzoek gaat is dit geen probleem, het is niet ons doel geweest om statistische verbanden na te gaan. Doch bij een grootschaliger onderzoek zouden deze parameters wel geïncorporeerd moeten worden aangezien zij een invloed kunnen uitoefenen op de perceptie van de deelnemers.

### 6.3 Implicatie voor de praktijk

Deze studie heeft een aantal interessante zaken opgeleverd in verband met de aanpak van overgewicht en obesitas in een Vlaamse, Turkse en Marokkaanse populatie. De belangrijkste conclusie is de noodzaak tot individuele benadering van elke patiënt. Een inhoudelijk aangepast informatie- en behandelingsschema op basis van etnische afkomst lijkt niet nuttig te zijn, aangezien de perceptie rond overgewicht en obesitas gelijklopend blijkt te zijn in de verschillende

subpopulaties. Anderzijds doet de lage participatiegraad van vooral mannelijke patiënten vermoeden dat er nog steeds een taboe heerst rond overgewicht en/of dat de gevolgen niet goed gekend zijn. Het bespreekbaar maken van overgewicht en obesitas blijft dus zeer belangrijk, vooral bij mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Deze laatste groep bleek bijzonder moeilijk te motiveren tot deelname aan de studie.

Verder blijkt dat de gevolgen van overgewicht en obesitas op korte termijn voor vele deelnemers zwaarder doorwegen dan die op lange termijn. Vooral de verminderde bewegelijkheid en het geassocieerde nadelige gevolg op de levenskwaliteit is belangrijk. Dit vormt enerzijds een nuttige insteek om te beginnen over overgewicht en obesitas, anderzijds dient er aandacht besteed te worden aan het verhoogde risico op chronische aandoeningen aangezien dit niet altijd spontaan vermeld werd door de patiënten. Verder blijkt dat de oorzaken van overgewicht en obesitas in de drie patiëntpopulaties gekend zijn. Het probleem situeert zich vooral op de manier van omgaan met die oorzaken, in het bijzonder het eetpatroon. Vooral in de Turkse en Marokkaanse vrouwelijke populatie is er een duidelijke en concrete vraag naar lijsten in verband met gezonde voeding. Het eenvoudig meegeven van brochures omtrent gezonde voeding en lijsten van gezonde en ongezonde voeding kan dus al een meerwaarde betekenen.

Dit onderzoek is praktisch verbeterend aangezien het de 'awareness' van artsen en patiënten omtrent overgewicht en obesitas heeft verhoogd. Beide HAIO's zijn actiever geworden in de begeleiding van patiënten met obesitas. Patiënten zijn op de hoogte van het onderzoek en vragen ook zelf actiever om hulp.

#### 6.4 Parallelonderzoek rond empowerment

In dit onderdeel zullen kort de resultaten van de thesis van Wouter Goovaerts rond empowerment van patiënten met overgewicht en obesitas besproken worden.

Zowel de Vlaamse, Marokkaanse als Turkse subpopulatie geeft een aantal correcte mogelijkheden aan om gewicht te verliezen (beweging, voedingspatroon, operatie). Er heerst echter in alle groepen wat onzekerheid over de juistheid van de eigen ideeën en de beste methode om overgewicht aan te pakken. Deze onzekerheid leeft meer in de Turkse en Marokkaanse groep dan in de Vlaamse groep. Patiënten van Turkse en Marokkaanse origine lijken meer nood te hebben aan informatie en voorlichting in verband met gewichtsverlies. Naast voorlichting is het tevens belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de ondersteuning en begeleiding door de huisarts bij gewichtsverlies. Dit kan immers een grote rol spelen bij de motivatie tot gedragsverandering en het volhouden van een gezonde levensstijl op lange termijn. De meerderheid van de Turkse en Marokkaanse deelnemers denkt dat de huisarts hen kan helpen bij gewichtsverlies. Bij de Vlaamse deelnemers is dit slechts de helft. Algemeen blijkt een goede arts-patiënt relatie de drempel tot hulpvraag te verlagen en de bijdrage tot gewichtsverlies te verbeteren.

#### 6.5 Toekomstig onderzoek

Deze studie betreft een kleinschalig kwalitatief onderzoek omtrent perceptie van overgewicht en obesitas. Om eenduidige conclusies te kunnen trekken zou een uitgebreider onderzoek met meer

deelnemers moeten gebeuren, dit zou gerealiseerd kunnen worden door samenwerking van verschillende huisartsenpraktijken. Tevens zouden beschikbare informatiebrochures omtrent overgewicht en obesitas geïmplementeerd kunnen worden bij Vlaamse, Turkse en Marokkaanse patiënten en onderzocht worden op hun bruikbaarheid. Een kwantitatief onderzoek dat het effect van interventiestrategieën op de BMI nagaat in populaties van Vlaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst zou ook binnen de mogelijkheden liggen.



## 7. Conclusie

Deze kwalitatieve studie rond de perceptie omtrent overgewicht en obesitas toonde geen duidelijk verschil aan in de perceptie omtrent overgewicht en obesitas tussen een populatie van Vlaamse, Turkse en Marokkaanse origine. Etnische afkomst blijkt volgens onze resultaten geen invloed uit te oefenen op de ideeën omtrent oorzaken en gevolgen van obesitas. Elke deelnemer verkiest een slankere lichaamsbouw. Alle subpopulaties vertonen een belangrijke mate van internalisering betreffende de oorzaak van overgewicht. De disbalans tussen voedselinname en lichaamsbeweging wordt door de meerderheid correct als belangrijkste oorzaak aanzien. Wel blijkt dat vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst een concrete vraag hebben naar voedingslijsten met betrekking tot gezonde voeding. Ze lijken minder kennis rond gezonde voeding te bezitten dan de autochtone bevolking.

Opvallend is dat vooral vrouwen geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan het onderzoek, vooral mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst blijken moeilijk te motiveren. Dit doet vermoeden dat deze subpopulatie actiever attent moet gemaakt worden op hun overgewicht en de gevolgen hiervan.

## 8. Referenties

1. World health organisation. Global Health Observatory (GHO): beschikbaar via: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/) Geraadpleegd op 21/12/2014
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894); ISBN: 92 4 120894 5, 2000
3. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice* 2006; 7-35
4. Dettori H, Elliott H, Horn J, Leong G. Barriers to the management of obesity in children - A cross sectional survey of GPs. *Aust Fam Physician* 2009 Jun;38(6):460-4.
5. Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C, Sonntag U. GPs' attitudes, objectives and barriers in counseling for obesity — a qualitative study. *European Journal of General Practice* 2012; 18: 9–14
6. Rebecca M., Joerg Luedicke, Carlos M. Grilo. Obesity Bias in Training: Attitudes, Beliefs, and Observations among Advanced Trainees in Professional Health Disciplines. *Obesity (Silver Spring)* 2014 April; 22(4): 1008–1015.
7. Gonçalves H, González DA, Araújo CP, Muniz L, Tavares P, Assunção MC, Menezes AD, Hallal PC., Adolescents' Perception of Causes of Obesity: Unhealthy Lifestyles or Heritage?. *Journal of Adolescent Health* 51 (2012); S46eS52
8. Loret de Mola C, Pillay TD, Diez-Canseco F, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. Body mass index and self-perception of overweight and obesity in rural, urban and rural-to-urban migrants: PERUMIGRANT study. *PLoS One*. 2012;7(11). Epub 2012 Nov 28.
9. Rendón-Macías ME, Rosas-Vargas H, Villasis-Keever MA, Pérez-García C, Rendón-Macías. Children's perception on obesity and quality of life: a Mexican survey. *BMC Pediatrics* 2014, 14:131
10. Fagan HB, Diamond J, Myers R, Gill JM. Perception, Intention, and Action in Adolescent Obesity. *J Am Board Fam Med*. 2008 Nov-Dec;21(6):555-61
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
12. Allen JK, Stephens J, Himmelfarb J, Stewart KJ, Hauck S. Randomized controlled pilot study testing use of smartphone technology for obesity treatment: *J Obes*. Epub 2013 Dec 10.
13. Harvey EL, Glenny A, Kirk SF, Summerbell CD. Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2)
14. Wake M, Lycett K, Clifford SA, Sabin MA, Gunn J, Gibbons K, Hutton C, McCallum Z, Arnup SJ, Wittert G. Shared care obesity management in 3-10 year old children: 12 month outcomes of HopSCOTCH randomised trial: *BMJ* 2013;346:f3092
15. Lokale inburgerings- en integratiemonitor, Antwerpen, editie 2015
16. David W. Stewart, Prem N. Shamdasani. *Focus groups: Theory and practice*. London: Newbury Park, Calif., Sage; 1991.153p.
17. David L. Morgan. *Focus groups as qualitative research*. London; Sage Publications;1988, 85p
18. Patton Michael Quinn. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Newbury Park, Calif.,Sage; 1990. 381p.
19. Belgische gezondheidsenquête 2013; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
20. Ujcic-Voortman JK<sup>1</sup>, Baan CA, Seidell JC, Verhoeff AP. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obes Rev*. 2012 Jan;13(1):2-16.
21. Dijkshoorn H, Nicolaou M, Ujcic-Voortman JK, Schouten GM, Bouwman-Notenboom AJ, Berns MP, Verhoeff AP. Overweight and obesity in young Turkish, Moroccan and Surinamese migrants of the second generation in the Netherlands. *Public Health Nutr*. 2014 Sep;17(9):2037-44.
22. Pulvers KM, Kaur H, Nollen NL, Greiner KA, Befort CA, Hall S, Born W, Fitzgibbon ML, Ahluwalia JS. Comparison of Body Perceptions between Obese Primary Care Patients and Physicians: Implications for Practice. *Patient Educ Couns*. 2008 Oct;73(1):73-81.
23. Ruelaz AR, Diefenbach P, Simon B, Lanto A, Arterburn D, Shekelle PG. Perceived Barriers to Weight Management in Primary Care—Perspectives of Patients and Providers; *J Gen Intern Med*. 2007 Apr;22(4):518-22.
24. Brown I, Thompson J, Tod A and Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 666–672.
25. Lahmam A, Baali A, Hilali MK, Cherkaoui M, Chapuis-Lucciani N, Boetsch G. Obesity, overweight and body-weight perception in a High Atlas Moroccan population. *Obes Rev*. 2008 Mar;9(2):93-9. Epub 2007 Oct 11.
26. Jafri A, Jabari M, Dahhak M, Saile R, Derouiche A. Obesity and its related factors among women from popular neighborhoods in Casablanca, Morocco. *Ethn Dis*. 2013 Summer;23(3):369-73.
27. Kilicarslan A, Isildak M, Guven GS, Oz SG, Tannover MD, Duman AE, Saracbası O, Sozen T. Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity in an adult population. *J Natl Med Assoc*. 2006 Aug;98(8):1313-7
28. Ujcic-Voortman JK<sup>1</sup>, Bos G, Baan CA, Verhoeff AP, Seidell JC. Obesity and body fat distribution: ethnic differences and the role of socio-economic status. *Obes Facts*. 2011;4(1):53-60.
29. Cachelin FM, Rebeck RM, Chung GH, Pelayo E. Does ethnicity influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obes Res*. 2002 Mar;10(3):158-66.

30. Grabe S, Hyde JS. Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2006 Jul;132(4):622-40.
31. Bennett GG and Wolin KY. Satisfied or unaware? Racial differences in perceived weight status. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006 Nov 12;3:40.
32. Fitzgibbon ML and Blackman LR, Avellone ME. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obes Res.* 2000 Nov;8(8):582-9.
33. P. Truesdale and J. Stevens. Do the Obese Know They Are Obese?. *N C Med J.* 2008 ; 69(3): 188–194.
34. Martinez J, Powell J, Agne A, Scarinci I, Cherrington A. Exploring Weight and Lifestyle: Mexican Immigrant Men's Perspectives. *Public Health Nurs.* 2012 November; 29(6): 490–498.
35. Brug J, Wammes B, Kremers S, Giskes K & Oenema A. Underestimation and overestimation of personal weight status: associations with socio-demographic characteristics and weight maintenance intentions. *J Hum Nutr Diet.* 2006 Aug;19(4):253-62.
36. Brug J, Wammes B, Kremers S, Giskes K & Oenema A. Underestimation and overestimation of personal weight status: associations with socio-demographic characteristics and weight maintenance intentions. *J Hum Nutr Diet* 19, 253–262. 34.
37. Bush HM, Williams RG, Lean ME & Anderson AS (2001) Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population women in Britain. *Appetite.* 2001 Dec;37(3):207-15.
38. Patel S, Bhopal R, Unwin N, White M, Alberti KG & Yallop J. Mismatch between perceived and actual overweight in diabetic and non-diabetic populations: a comparative study of South Asian and European women. *J Epidemiol Community Health.* 2001 May;55(5):332-3.
39. Nicolaou M, Doak C, van Dam R, Hosper K, Seidell J, Stronks K. Body size preference and body weight perception among two migrant groups of non-Western origin. *Public Health Nutr.* 2008 Dec;11(12):1332-41.
40. Blokstra A, Burns CM & Seidell JC. Perception of weight status and dieting behaviour in Dutch men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999 Jan;23(1):7-17.
41. Madrigal H, Sanchez-Villegas A, Martinez-Gonzalez MA, Kearney J, Gibney MJ, Irala J, Martinez JA. Underestimation of body mass index through body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health.* 2000 Nov;114(6):468-73.
42. Delavari M, Sønderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries—a systematic review. *BMC Public Health.* 2013 May 10;13:458.
43. Ahluwalia IB, Ford ES, Link M, Bolen JC. Acculturation, weight, and weight-related behaviors among Mexican Americans in the United States. *Ethn Dis.* 2007 Autumn;17(4):643-9.
44. Barcenas C, et al: Birthplace, years of residence in the United States, and obesity among Mexican-American adults. *Obesity* 2007, 15(4):1043–1052.
45. Bertera E, Bertera R, Shankar S. Acculturation, socioeconomic factors and obesity among immigrants from El Salvador living in the Washington, DC area. *Journal of Ethnic And Cultural Diversity in Social Work* 2003, 12(2):43–59.
46. Fitzgerald N<sup>1</sup>, Himmelgreen D, Damio G, Segura-Pérez S, Peng YK, Pérez-Escamilla R. Acculturation, socioeconomic status, obesity and lifestyle factors among low-income Puerto Rican women in Connecticut, US, 1998–1999. *Rev Panam Salud Publica* 2006, 19(5):307–314.
47. Franzen L and Smith C. Acculturation and environmental change impacts dietary habits among adult Hmong. *Appetite* 2009, 52(1):173–183.
48. Lee S, Sobal J, Frongillo Jr E. Acculturation and health in Korean Americans. *Soc Sci Med* 2000, 51(2):159–173.
49. Hazuda HP, Mitchell BD, Haffner SM, Stern MP. Obesity in Mexican American subgroups: findings from the San Antonio Heart Study. *Am J Clin Nutr* 1991, 53(6):1529–1535.
50. Khan L, Sobal J, Martorell R: Acculturation, socioeconomic status, and obesity in Mexican Americans, Cuban Americans, and Puerto Ricans. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1997 Feb;21(2):91-6.
51. Miller AM<sup>1</sup>, Chandler PJ, Wilbur J, Sorokin O. Acculturation and cardiovascular disease risk in midlife immigrant women from the former Soviet Union. *Prog Cardiovasc Nurs* 2004, 19(2):47–55.
52. Nicolaou M<sup>1</sup>, Doak CM, van Dam RM, Brug J, Stronks K, Seidell JC. Cultural and social influences on food consumption in dutch residents of Turkish and moroccan origin: a qualitative study. *J Nutr Educ Behav.* 2009 Jul-Aug;41(4):232-41.

## 9. Bijlagen

### Bijlage 1: Draaiboek focusgesprekken

---

## Draaiboek focusgesprekken

---

### 1. Globale onderzoeksvragen rond perceptie en empowerment

- Wordt overgewicht door de patiënt beschouwd als een probleem?
- Hoe zou je als patiënt gestimuleerd kunnen worden om overgewicht aan te pakken?

### 2. Vragen tijdens focusgesprek

#### Perceptie:

- Hoofdvraag: "Vanaf wanneer wordt obesitas waargenomen als problematisch?"
  - Wat is overgewicht?
    - Wat verstaan jullie over overgewicht?
    - Wanneer vinden jullie iemand te zwaar?
    - Wat is volgens jullie een ideaal lichaamsgewicht?
  - Wat is de oorzaak van overgewicht?
    - *Wat is volgens jullie de oorzaak van overgewicht?*
    - *Hoe denk je dat overgewicht kan ontstaan?*
  - Wat denk je over mensen met overgewicht?
    - *Wat gaat er door je hoofd als je iemand ziet met overgewicht?*
    - *Denk je dat mensen met overgewicht dit zelf veroorzaakt hebben?*
    - *Denk je dat deze mensen zich daar goed bij voelen?*
    - *Hoe voel je je daar zelf bij?*
    - *Zijn mensen met overgewicht mooi?*
  - Welke voor- en nadelen zie je bij overgewicht?
    - *Zijn er voordelen aan het hebben van overgewicht?*
    - *Zijn er nadelen aan het hebben van overgewicht?*
  - Is overgewicht gevaarlijk?
    - *Kan het kwaad om overgewicht te hebben?*
    - *Zijn er gevolgen voor de gezondheid op lange termijn?*
    - *Sterven mensen met overgewicht sneller?*
    - *Lig je daar van wakker?*
  - Heeft overgewicht een invloed op het zelfbeeld?
    - *Denk je dat mensen met overgewicht zich goed in hun vel voelen?*
    - *Zou er veel verschil zitten tussen het zelfbeeld van iemand met en zonder overgewicht?*
  - Wat is de rol van cultuur en afkomst bij overgewicht?
    - *Denk je dat afkomst het beeld rond overgewicht bepaalt?*
    - *Is overgewicht een teken van rijkdom of van armoede?*

- *Bepaalt afkomst het lichaamsgewicht?*

### Empowerment:

- Hoofdvraag: "Hoe zou men als individuele patiënt gestimuleerd kunnen worden om overgewicht aan te pakken?"
  - Wat kan je doen tegen overgewicht?
    - *Valt er iets te doen tegen overgewicht?*
    - *Wat is de beste manier om overgewicht aan te pakken?*
    - *Wat is geen goede manier om overgewicht aan te pakken?*
  - Wat denk je over dieten?
    - *Is een dieet zinvol?*
    - *Heeft iemand al eens een dieet geprobeerd?*
    - *Hoe lang denk je een dieet vol te kunnen houden?*
    - *Hoe lang zou je een dieet moeten kunnen volhouden?*
    - *Moet je tijdens een dieet honger hebben?*
    - *Wat is een reden om geen dieet te volgen?*
  - Wat denk je over lichaamsbeweging?
    - *Kan het kwaad om niet aan lichaamsgewicht te doen?*
    - *Is lichaamsbeweging een goede manier om gewicht te verliezen?*
    - *Is lichaamsbeweging ongezond?*
    - *Kan iedereen aan lichaamsbeweging doen?*
    - *Wat is een reden om niet aan lichaamsbeweging te doen?*
  - Wat verwacht je van je huisarts wanneer je overgewicht wenst te voorkomen/aan te pakken?
    - *Kan je huisarts je helpen met overgewicht aan te pakken?*
    - *Wat verwacht je van je huisarts?*
    - *Wat zou je denken of voelen als je huisarts zelf het onderwerp overgewicht aanhaalt?*
    - *Vind je dat mensen met overgewicht zelf het initiatief moeten nemen om iets aan hun overgewicht te doen?*
    - *Moet overgewicht aangepakt worden om gezondheidsproblemen te voorkomen of pas wanneer er al gezondheidsproblemen zijn?*

### **3. (Voorlopig) tijdsschema**

<b>Tijd</b>	<b>Duur</b>	<b>Wat</b>	<b>Wie</b>
09:45	15 min	Verwelkoming	Moderators
10:00	5 min	Doel, programma en ieders rol uitleggen	Moderators
		Geluidsopname starten	Moderator
10:05	10 min	Voorstelronde	Iedereen
10:15	15 min	Discussie perceptie	Iedereen

10:30	5 min	Beeldmateriaal	Iedereen
10:35	15 min	Discussie perceptie	Iedereen
10:50	10 min	Pauze	Iedereen
11:00	15 min	Discussie empowerment	Iedereen
11:15	5 min	Beeldmateriaal	Iedereen
11:20	15 min	Discussie empowerment	Iedereen
11:35		Afsluiten en bedanken	Iedereen

**Bijlage 2: Vragenlijst rond overgewicht**

Leeftijd:	...	Jaar
Geslacht	M	V
Gewicht	...	kg
Lengte	...	cm

Wat is jouw afkomst?                      Marokkaans                      Turks                      Vlaams                      Andere, namelijk: .....

**Ideeën rond overgewicht**

	Ja	Nee	Weet ik niet
Vindt u overgewicht een risico voor uw gezondheid?			
Wordt overgewicht veroorzaakt door eetgewoonten?			
Wordt overgewicht veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging?			
Spelen afkomst en cultuur een rol bij overgewicht?			

Wat is volgens jou de oorzaak van overgewicht? Wat zijn volgens jou de voor- en nadelen van overgewicht?

**Aanpak van overgewicht**

	Ja	Nee	Weet ik niet
Kan je je overgewicht zelf aanpakken?			
Is een dieet volgens u een goede manier om gewicht te verliezen?			
Is lichaamsbeweging volgens u een goede manier om gewicht te verliezen?			
Is je huisarts een geschikte persoon om je overgewicht aan te pakken?			

Wat is voor jou de beste manier om overgewicht aan te pakken? Kan je huisarts je hierbij helpen?





Bijlage 3: Studieprotocol goedgekeurd door ethisch comité

Universiteit Antwerpen  
Centrum voor huisartsgeneeskunde



---

## Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine

---

### Studieprotocol

#### 1. Achtergrond en doel van de studie

Obesitas is een van de belangrijkste en meest voorkomende gezondheidproblemen waarmee de huisarts regelmatig wordt geconfronteerd in de praktijk. Het is een belangrijke factor in het cardiovasculair risicoprofiel en dus een aangrijpingspunt bij het uitoefenen van preventieve geneeskunde. De aanpak van obesitas kan een niet te onderschatten gezondheidswinst met zich meebrengen al zien we dat dit in de praktijk vaak moeilijk verloopt. Om tot een beter resultaat te komen, is het van belang om op de hoogte te zijn van de noden en verwachtingen van de patiënt zodat daar optimaal op kan ingespeeld worden. Er zijn immers verschillende manieren om obesitas aan te pakken maar toch worden ze door patiënten niet spontaan aangegrepen. Daarom zouden we in deze studie de perceptie van patiënten rond obesitas en hun empowerment hierin willen nagaan, met het doel tot een gepaste aanpak van obesitas in de huisartspraktijk te komen. Met de informatie verkregen tijdens gestructureerde interviews met patiënten, zou een informatiebrochure op maat opgesteld kunnen worden.

De studie zal uitgevoerd worden door twee HAIO's waardoor deze tweeledig is. Één deel zal erin bestaan de perceptie bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine rond obesitas na te gaan. In het andere deel zal toegespitst worden op de empowerment van patiënten met Vlaamse en niet-Vlaamse origine omtrent de aanpak van obesitas. Het eerste deel zal door Claudia Kocken (HAIO) worden uitgevoerd, het tweede door Wouter Goovaerts (HAIO).

#### 2. Patiëntenpopulatie

##### *Inclusiecriteria*

- Patiënten van Vlaamse origine
  - Leeftijd: ouder dan 18 jaar
  - Geslacht: mannen en vrouwen
  - Patiënten met overgewicht (BMI > 25) waarbij we streven om 50% van de studiepopulatie uit patiënten met een BMI > 30 te laten bestaan.
- Patiënten van niet-Vlaamse origine

- Leeftijd: ouder dan 18 jaar
- Geslacht: mannen en vrouwen
- Patiënten met overgewicht (BMI > 25) waarbij we streven om 50% van de studiebevolking uit patiënten met een BMI > 30 te laten bestaan.
- Bij voorkeur patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst.
- Bij voorkeur migranten van 1e generatie, doch verwachten we dat deze doelgroep moeilijker te bereiken is (taalbarrière). Indien we niet genoeg 1e generatie migranten vinden zullen we ook 2e en eventueel 3e generatie patiënten includeren.

#### **Exclusiecriteria**

- Onvoldoende kennis van het Nederlands

#### **Rekrutering**

- De rekrutering van patiënten zal zowel in de opleidingspraktijk 'De Oude Landen' in Ekeren als in de opleidingspraktijk 'De Bist' in Westerlo gebeuren.
- De praktijkopleider en/of behandelende arts zullen patiënten die in aanmerking komen voor de studie volgens bovenstaande criteria selecteren uit het patiëntenbestand. De geselecteerde patiënten worden gecontacteerd door de GMD-houdende arts of de behandelende arts met de vraag of de patiënt in kwestie bereid is om mee te werken met het project van de haio. De GMD-houdende arts informeert (schriftelijk of mondeling) de geselecteerde patiënt over het opzet van de masterproef en vermeldt dat in een verdere fase de haio de contacten zal onderhouden en de gegevens zal verwerken.
- Er zal gestreefd worden naar een patiëntenpopulatie van ongeveer 20 tot 40 patiënten.

### **3. Projectopzet**

#### ***Uitnodigen van patiënten voor focusgesprekken over empowerment en perceptie rond obesitas:***

- De uitnodiging zal zowel mondeling gebeuren tijdens een consultatie voor een andere reden, als schriftelijk, waarbij een informatiebrief naar de geselecteerde patiënten zal gestuurd worden. Ook de patiënten die mondeling worden gevraagd om deel te nemen aan de studie, zullen een informatiebrief krijgen.
- Aan de deelnemers zal gevraagd worden een informatie- en toestemmingsformulier te handtekenen.

#### ***Onderverdelen van patiënten in verschillende focusgroepen:***

- De patiënten die de vraag tot deelname aan de studie positief onthalen zullen onderverdeeld worden in een aantal focusgroepen.
- Het aantal focusgroepen zal afhankelijk zijn van het aantal patiënten dat deelneemt aan de studie. Er zal getracht worden om elke focusgroep uit vijf à tien patiënten te laten bestaan.
- De focusgroepen zullen zo samengesteld worden dat er een gelijke verdeling is op vlak van leeftijd en geslacht. Naargelang afkomst zullen verschillende groepen worden gemaakt.

***Focusgesprekken:***

- De gesprekken zullen plaatsvinden in een veilige omgeving zodat er vrijuit gesproken kan worden door alle leden.
- Aan de hand van een aantal open vragen en beeldmateriaal zal naar empowerment en perceptie van de patiënten rond obesitas gepeild worden.
- Van de gesprekken zullen geluidopnames gemaakt worden.

***Verwerking:***

- Aan de hand van de geluidopnames zal een schriftelijke samenvatting gemaakt worden en zullen kernboodschappen van de empowerment en perceptie rond obesitas geformuleerd worden. Hierbij wordt de privacy van de patiënt gerespecteerd en zal op geen enkel moment de naam van de patiënt vermeld worden. Er zal daarom gewerkt worden met gecodeerde gegevens.
- Deze gegevens zullen gerapporteerd worden in de thesis.

***Opstellen informatiefolder:***

- Uitgaande van de informatie verkregen door middel van de focusgesprekken zal een informatiefolder op maat van de patiënt opgesteld worden.

Bijlage 4: goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem  
 Parking via Drie Eikenstraat 655  
 Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20  
 www.uza.be / BE0874.619.603



ETHISCH COMITE

Prof. dr. J. WENS

UA  
 Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1  
 2610 Wilrijk

VOORZITTER  
 Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT  
 tel: 03 821 35 44

**Kwaliteitsonderzoek: Patiëntenbeleving rond obesitas in een allochtone en autochtone populatie. (master-na-master Claudia Kocken en Wouter Goovaerts)**  
**Nieuwe titel: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine (master-na-master Claudia Kocken en Wouter Goovaerts)**

Belgisch Registratienummer: B300201421065

datum  
 5/05/2014

ons kenmerk  
 14/14/152

contactpersoon  
 Annelies Van Looy / Kim Vernimmen  
[ethisch.comite@uza.be](mailto:ethisch.comite@uza.be)

#### DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 5/05/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
- Dr. C. Kocken
- Dr. W. Goovaerts
- Informatieformulier NL versie 2.0 aangepaste versie 27/04/2014
- Toestemmingsformulier NL versie 2.0 aangepaste versie 27/04/2014
- Protocol versie 2.0 aangepaste versie 29/04/2014
- Vragenlijst
- Draaiboek focusgesprekken, versie 1.0 dd. 27/04/2014

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS  
 Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel  
 Dr. C. KOCKEN, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk  
 Dr. W. GOOVAERTS, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk  
 Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem  
 Parking via Drie Eikenstraat 655  
 Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20  
 www.uza.be / BE0874.619.603



## Samenstelling Ethisch Comité sinds 28/04/2014

**Voorzitter**  
**Prof. Dr. P. Cras**

VOORZITTER  
 Prof. dr. P. Cras

SECRETARIAAT  
 Tel 03 821 38 97  
 Tel 03 821 35 44

### Leden aanwezig op vergadering van 05/05/2014

Leden	Functie	Geslacht	Aanwezig
BERVOETS An	Dermatoloog	V	<input checked="" type="checkbox"/>
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	<input checked="" type="checkbox"/>
COOLS Nathalie	Postdoctoraal Onderzoeker Hematologie	V	<input type="checkbox"/>
CRAS Patrick	Voorzitter EC / Neuroloog	M	<input checked="" type="checkbox"/>
DE MEESTER Ingrid (*)	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	<input type="checkbox"/>
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	<input type="checkbox"/>
GUISEZ Yves (*)	Bioloog / Onderzoeker UA	M	<input type="checkbox"/>
HUIZING Manon	Oncoloog	V	<input type="checkbox"/>
IEVEN Greet	Ondervoorzitter EC / Klinisch Bioloog	V	<input checked="" type="checkbox"/>
JANSSEN VAN DOORN Karin	Nefroloog	V	<input checked="" type="checkbox"/>
LEMMENS Katrien (*)	Farmacoloog / Toegevoegd expert	V	<input checked="" type="checkbox"/>
LEMMENS Willem (*)	Filosoof / Onderzoeker UA	M	<input type="checkbox"/>
LUYTEN Leon	Toegevoegd expert	M	<input type="checkbox"/>
MICHIELS Barbara (*)	Huisarts	V	<input checked="" type="checkbox"/>
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog / Toegevoegd expert	M	<input checked="" type="checkbox"/>
MICHIELSENS Inge	Jurist / Toegevoegd expert	V	<input type="checkbox"/>
NORGA Koenraad	Pediater / Toegevoegd expert	M	<input type="checkbox"/>
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	<input checked="" type="checkbox"/>
STASSIJNS Gaëtane	Fysioloog / Toegevoegd expert	V	<input type="checkbox"/>
STRUYF Filip	Kinesitherapeut / Toegevoegd expert	M	<input type="checkbox"/>
VAN BOGAERT Peter	Docent UA Verpleeg- en Vroedkunde / Toegevoegd expert	M	<input checked="" type="checkbox"/>
VAN BORTEL Paulus (*)	Filosoof	M	<input type="checkbox"/>
VAN BROECKHOVEN Christine	Biomedicus / Onderzoeker UA	V	<input type="checkbox"/>
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	<input checked="" type="checkbox"/>
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	<input type="checkbox"/>
VAN DER AA Nathalie	Medisch geneticus	V	<input type="checkbox"/>
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkunde	V	<input type="checkbox"/>
VAN POECK Lieven (*)	Medewerker Dep. Onderzoek (CMI) / Onderzoeker UA	M	<input type="checkbox"/>
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	<input type="checkbox"/>
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	<input type="checkbox"/>
VERCAUTEREN Marcel	Anesthesist / Toegevoegd expert	M	<input checked="" type="checkbox"/>

(\*) niet verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 5: informatieformulier

---

Universiteit Antwerpen

Centrum voor Huisartsgeneeskunde



---

**Informatieformulier****Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine**

---

**Achtergrond en doel van de studie**

Om de opleiding huisartsgeneeskunde succesvol te voltooien dient de huisarts in opleiding (HAIO) een onderzoek te voeren over een onderwerp dat nuttig is in de huisartspraktijk en een meerwaarde kan betekenen voor de huisartsgeneeskunde in de toekomst.

We zijn 2 huisartsen in opleiding die een onderzoek zullen voeren rond de gedachten van patiënten rond overgewicht. We willen graag nagaan hoe de mensen denken over overgewicht en de aanpak hiervan.

Om hierover meer informatie te krijgen, zullen we groepsgesprekken organiseren. Dit houdt in dat er onder leiding van een arts een gesprek zal gevoerd worden met meerdere patiënten om de ideeën van die patiënten te weten te komen. Omdat er in de huidige samenleving mensen van verschillende afkomst wonen, willen we deze gesprekken zowel met mensen van Belgische herkomst als met mensen van een andere herkomst voeren. De patiënten zullen onderverdeeld worden in verschillende groepen, met elke groep zal 1 gesprek gevoerd worden. Dit gesprek zal ongeveer 1 à 2 uur in beslag nemen.

Met de informatie die we van de patiënten krijgen tijdens de gesprekken zullen we een folder maken op maat van de patiënt. We zullen ook een beter idee hebben over de manier waarop we overgewicht best bespreekbaar maken met de patiënt en hoe de patiënten het liefst hebben dat er mee omgegaan wordt door een huisarts.

Om dit onderzoek goed te kunnen doen, hebben we dus de medewerking van zoveel mogelijk patiënten nodig. Uw deelname aan dit onderzoek zou zeer veel betekenen voor ons en u zou de huisartsgeneeskunde vooruit helpen.

Indien u niet wenst deel te nemen aan deze studie zal dit geen nadelig effect hebben op uw medische behandeling. Tevens heeft u recht op inzage van de gegevens die over u verzameld worden en kan u zich op elk moment terug trekken uit het onderzoek.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Wouter Goovaerts en Dr. Claudia Kocken

Huisartsen in opleiding

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

---

**Universiteit Antwerpen****Centrum voor Huisartsgeneeskunde**

---

**Toestemmingsformulier****Kwalitatief onderzoek: Patiëntbeleving rond overgewicht en obesitas bij patiënten van Vlaamse en niet-Vlaamse origine**

---

*Gelieve onderstaande informatie te lezen en aan te vinken indien u akkoord bent:*

- De artsen vragen mij toestemming om:**
  - Een groeps gesprek rond obesitas te voeren waar ik aan deelneem.
  - Opnames te maken van dit gesprek die achteraf enkel door de artsen beluisterd worden.
  - Aan de hand van deze geluidopnames de belangrijke informatie voor de artsen te verzamelen en neer te schrijven in een thesis en deze te gebruiken om een informatiefolder voor patiënten te maken.
  
- Mogelijke voordelen**

In deze studie zal onderzocht worden hoe patiënten denken over overgewicht. De informatie die wij hieruit krijgen kan een voordeel zijn voor de toekomstige aanpak van overgewicht in de huisartsenpraktijk.
  
- Mogelijke nadelen**

Niet deelnemen aan deze studie heeft geen enkel gevolg voor de behandeling. Aangezien er bij deze studie geen medicatie wordt toegediend en geen ingrepen plaats vinden, is er geen nadeel te verwachten.
  
- Recht tot inzage en aanpassing**

Ik heb het recht aan de onderzoekarts te vragen welke gegevens er over mij worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. Ik heb ook het recht aan de onderzoeksarts te vragen om mij inzage te verlenen in mijn persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
  
- Bescherming van privacy**



Mijn privacy zal beschermd worden in deze studie. Alle persoonlijke informatie die in deze studie gevonden wordt, zal vertrouwelijk blijven. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift, zal mijn privacy gewaarborgd worden dankzij het gebruik van codenummers in plaats van namen.

**Recht tot terugtrekken uit deze studie**

Ik neem vrijwillig deel aan deze studie. Tevens kan ik mijzelf uit deze studie terugtrekken op eender welk moment, zelfs al heb ik dit formulier ondertekend. Indien ik mij om gelijk welke reden uit de studie wil terugtrekken, hoef ik enkel de onderzoekers te vertellen dat ik niet langer wil deelnemen.

**Recht op informatie**

Ik heb steeds het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die hier beschreven worden. Mijn vragen zullen door de betrokken arts naar best vermogen beantwoord worden.

---

Verklaring van de patiënt(e)

*Ik begrijp de opzet van deze studie. Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie door toelating te geven voor de procedures beschreven in het informatieformulier.*

.....

**Naam patiënt(e)**

.....

**Handtekening patiënt(e)**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datum**

Verklaring van de betrokken arts:

*Ik, ondergetekende, ... (naam) bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.”*

.....

**Naam of stempel arts**

.....

**Handtekening arts**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datum**