

'n Holistiese maatskaplikewerk- ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat leef met oorgewig of vetsug

E.C. Hermann

10714626

Proefskrif voorgelê vir die graad Doctor Philosophiae in
Maatskaplike Werk aan die Potchefstroomkampus van die
Noordwes-Universiteit

Promotor: Dr. M.M. Steyn
Mede-promotor: Dr. M.J. Ubbink
Hulppromotor: Prof S.M. Hanekom

November 2016

Dit begin alles hier TM

*You are who you are for a reason.
You're part of an intricate plan.
You're a precious and perfect unique design,
Called God's special women or man.*

*You look like you look for a reason.
Our God made no mistake.
He knit you together within the womb,
You're just what he wanted to make.*

*The parents you had were the ones he chose,
And no matter how you may feel,
They were custom-designed with God's plan in mind,
And they bear the Master's seal.*

*No, that trauma you faced was not easy.
And God wept that it hurt you so;
But it was allowed to shape your heart
So that into his likeness you'd grow.*

*You are who you are for a reason,
You've been formed by die Master's rod.
You are who you are, beloved,
Because there is a God!*

Russel Kelfer

Dankbetuigings

Die behoefte om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir kinders wat met oorgewig of vetsug leef, te ontwikkel, is deur die Here in my hart geplaas. Oorgewig of vetsug het 'n vernietigende effek op ons kinders en daarom moet dit in die praktyk hanteer word. Die begin en die einde van hierdie navorsing was nie moontlik sonder die Here se voortdurende onderskraging en wysheid en die aanmoediging deur Sy Woord nie. Mag hierdie navorsing tot Sy eer aangewend word, sodat elke kind nie as gevolg van hul voorkoms gekeer word om hul roeping te vervul nie.

Aan God al die eer.

Verder, my opregte dank aan elkeen wat op verskillende wyses bygedra het tot die voltooiing van hierdie navorsing.

In die besonder dank aan:

- Dr. Marie Steyn en dr. Marie Ubbink vir die volgehoue studieleiding en aanmoediging tot die voltooiing van die navorsing.
- Prof. S.M. Hanekom vir hulp met betrekking tot die dieetkundige perspektief ten opsigte van die navorsing.
- Lelanie Malan vir die sistematiese wyse waarop die tematiese analise van die data hanteer is.
- Salome Coertze vir die kundige en keurige versorging van die Afrikaanse manuskrip en vir die Engelse vertaling van die opsomming.
- Elize Nagel vir die kundige tegniese versorging van die manuskrip.
- Kariena Smit wat die skryf van die EH-hulpverleningsrekenaarprogram behartig het.
- Esther Kabini wat die wêreld om my leefbaar gehou het en orde geskep het waar daar soms totale chaos geheers het.
- My familie en vriende vir hul voortdurend aangemoedigend en ondersteuning.
- Marisha, Miné, Elzaan en Hanri vir al julle liefde en begrip in hierdie tyd. Dankie dat julle dit vir my moontlik gemaak het om hierdie navorsing te voltooi. Dankie vir elke koppie koffie, en 'n gesiggie oor die skouer wat sê: "By watter

hoofstuk is Mamma nou?” Dit was kinderlike motivering wat my dikwels deur ’n hoofstuk gedra het.

- Dirk, dankie dat jy in my glo.

Opsomming

'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat leef met oorgewig of vetsug

Sleutelsterme: maatskaplike werk, holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram, oorgewig, vetsug, kind, middelkinderjare, intervensienavorsing.

Die doel van hierdie navorsing is om 'n kritiese ontleding te doen van die oorsaaklikheidsfaktore wat bydra tot die gewigsprobleem, die ontwikkelingsbehoefte van die kind en veral die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ten einde 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram saam te stel om die kind by te staan in die behandeling van die fenomeen sodat moontlike optimale funksionering bewerkstellig kan word.

Die navorsingsverslag word in ses hoofstukke met die volgende temas uiteengesit: 'n metodologiese ondersoek; 'n oorsig van oorgewig of vetsug; die invloed van oorgewig of vetsug op die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare; empiriese navorsing ten opsigte van kinders wat tydens die middelkinderjare met oorgewig en/of vetsug leef; 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram wat die behoeftes van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, hanteer; en laastens word die samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings weergegee.

In Hoofstuk 2 word die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug by die kind in die middelkinderjare vanuit die literatuur en kwalitatiewe bevindinge binne die endogene en eksogene faktore geklassifiseer en toon 'n interafhanklikheid van mekaar. Daar is bevind dat die oorsaak en gevolg van oorgewig of vetsug nie op 'n liniêre of sirkulêre wyse aangetoon moet word nie, maar wel volgens die oorsaak-gevolg-effek van 'n dinamiese spiraal waarin die onderskeie sisteme waarbinne die kind beweeg teenwoordig is. Die volgende oorsaaklikheidsfaktore is geïdentifiseer, naamlik: die genetiese, die biologiese, omgewings-, psigososiale, emosionele en gedragsdeterminante, waar elke determinant onomwonde bydra tot die gewigsprobleem van die kind in die middelkinderjare.

Hoofstuk 3 sluit die gedrag en ervarings van die kind binne sy verskeie sisteme waarbinne hy of sy beweeg, in. Uit die ontleding van die literatuur blyk dit duidelik dat die kind se kognitiewe, motoriese, en emosionele ontwikkeling ten opsigte van oorgewig of vetsug by die aanbieding van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in ag geneem moet word.

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram, Hoofstuk 5, is vanuit die verkennende, fenomenologiese ontwerp binne die paradigma van kwalitatiewe navorsing, begrond vanuit die sosiaal-konstruktivistiese perspektief, ontwikkel. Intervensienavorsing het die nodige raamwerk gebied waarvolgens die navorsingsproses gerig is en het 'n ondersteunende vloei van fases tot die ondersoek gebied. Semi-gestruktureerde onderhoude, aan die hand van 'n onderhoudskedule, met ouers van kinders wat met oorgewig of vetsug leef en met kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug of kinderontwikkeling as deelnemers, het die hooftemas en subtemas, Hoofstuk 4, vir die voorgestelde holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangedui. Die program is nie in die praktyk getoets nie vanweë die gewysigde vereistes vir die betrokkenheid van kinders in navorsing en die afhandelingstyd van die ondersoek. Die program is egter aan kundiges voorgelê om kommentaar daarop te lewer wat dan ook in die program geakkommodeer is.

In die finale hoofstuk, Hoofstuk 6, word die belangrikste bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings uiteengesit.

Abstract

A holistic social work support programme for the child who suffers from obesity in the middle childhood years

Key words: social work, holistic social work support programme, obesity, overweight, child, middle childhood years, intervention research.

The aim of this research is to do a critical analysis of the causality factors which contribute to a weight problem, the development needs of the child, and especially the child who is overweight or lives with obesity, in order to compile a holistic social work support programme to assist the child in treating the phenomenon so that the child can reach optimal functioning in life.

The research report are divided in six chapters with the following themes: a methodological investigation; an overview of overweight and obesity; the influence of being overweight and/or obesity on the child's development in the middle childhood years; empirical research with regard to children who are overweight and/or live with obesity; a holistic social work support programme, which handles the needs of the child who is overweight or lives with obesity; and lastly, conclusions and recommendations are provided.

In Chapter 2, the causal factors of being overweight and obesity for the child in the middle childhood years are classified from the literary study and qualitative findings from within the endogenic and exogenous factors, which indicate a co-dependency on each other. It was found that the cause and effect cannot be illustrated in a linear or circular manner, but rather according to the cause-effect pattern of a dynamic spiral in which all the different systems in which the child lives are present. The following causality factors were identified, namely: the genetic, biological, environmental, psycho-social, emotional and behavioural determinants, where each determinant contributes outright to the weight problem of the child in the middle childhood years.

Chapter 3 includes the behaviour and experience of the child within his or her different systems in which he or she functions. From the literature analysis, it is evident that the child's cognitive, motor and emotional development with regards

to overweight and obesity must be taken into consideration when a holistic social work support programme is presented.

The holistic social work support programme, Chapter 5, was developed from the explorative, phenomenological design within the paradigm of qualitative research and grounded in the social-constructivist perspective. Intervention research provided the necessary framework which directed the research process and also offered a supportive flow of the phases in the investigation. The main theme and the subthemes, Chapter 4, for the proposed holistic programme were derived from semi-structural interviews, according to an interview schedule, conducted with parents of children who are overweight or live with obesity, as well as with experts in the field of overweight and obesity or child development as the respondents. The programme has not been tested in practice due to the amended requirements for the involvement of children in research and the time in which the investigation had to be finalised. However, the programme has been presented to experts for comments and recommendations, which were accommodated in the programme.

The most important results, conclusions and recommendations are provided in the final chapter.

Inhoudsopgawe

Dankbetuigings	ii
Opsomming	iv
Abstract	vi
Inhoudsopgawe	viii
Lys van figure	xv
Lys van tabelle.....	xvi
Afkortings en Akronieme.....	xvii
1. HOOFSTUK 1: METODOLOGIESE OORSIG.....	1
1.1 Aktualiteit van die ondersoek.....	1
1.2 Navorsingsvrae.....	5
1.3 Navorsingsdoelstelling	6
1.4 Navorsingsdoelwitte.....	6
1.5 Sentrale teoretiese stelling	6
1.6 Paradigmatiese perspektief	7
1.6.1 Teoretiese begronding.....	7
1.6.1.1 Die Ekosistemiese teorie	7
1.6.1.2 Gestaltterapie	8
1.6.1.3 Gedragsterapie	9
1.7 Fundamentele begronding en perspektiewe	10
1.7.1 Konstruktivisme	11
1.7.2 Sosiaal-konstruktivistiese wêreldsiening.....	12
1.7.3 Sosiaal-konstruktivistiese navorsingsingesteldheid	12
1.8 Konseptuele definisies.....	13
1.9 Navorsingsmetodologie.....	24
1.9.1 Literatuurondersoek.....	24
1.9.2 Empiriese navorsing	25
1.9.2.1 Navorsingsontwerp	26
1.9.2.2 Navorsingsproses	29
1.9.2.2.1 Fase 1: Probleemontleding en projekbeplanning	29
1.9.2.2.2 Fase 2: Data-insameling en sintese	31
1.9.2.2.3 Fase 3: Ontwerp.....	42
1.9.2.2.4 Fase 4: Vroeë ontwikkeling en loodstoetsing	42

1.9.2.2.5	Fase 5: Evaluasie, verfyning en verdere ontwikkeling	42
1.9.2.2.6	Fase 6: Disseminasie (Verspreiding)	43
1.10	Etiese aspekte	44
1.11	Indeling van die navorsingsverslag	48
2.	HOOFSTUK 2: 'N OORSIG VAN OORGEWIG OF VETSUG	49
2.1	Inleiding	49
2.2	Meetinstrumente van liggaamsgewig	50
2.2.1	Liggaamsmassa-indeks-meetinstrument	50
2.2.2	Groeikaarte	51
2.2.3	Die Velvou-meting	51
2.2.4	Bepaling van liggaamsvet	52
2.2.5	Elektroniese meetinstrumente	52
2.3	Eetversteurings en versteurde eetgewoontes wat met oorgewig of vetsug verband hou	53
2.3.1	Eetversteurings	53
2.3.2	Voedselverslawing	56
2.4	Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug	57
2.4.1	Genetiese oorsake	59
2.4.2	Biologiese dimensie	61
2.4.2.1	Neurologiese oorsake: Die brein	61
2.4.2.2	Serebellum en breinstam	61
2.4.2.3	Die hipotalamus	62
2.4.2.4	Talamus	62
2.4.2.5	Endokrinologiese (hormonale) oorsake	64
2.4.2.5.1	Hormonale afwykings	64
2.4.2.5.2	Hormonale regulering	65
2.4.2.6	Stres en die outonome senuweestelsel	65
2.4.2.7	Slaappatrone	68
2.4.3	Psigososiale en omgewingsdeterminante	69
2.4.3.1	Fisieke oefening en immobiliteit	69
2.4.3.1.1	Die rol van die ouers/kind ten opsigte van fisieke oefening	69
2.4.3.1.2	Die rol van die skool ten opsigte van die kind se fisieke aktiwiteite	71
2.4.3.2	Sosiale, kulturele en samelewingsfaktore	72
2.4.3.3	Eetgewoontes	73

2.4.3.3.1	Die rol van die ouers ten opsigte van die kind se eetgewoontes	73
2.4.3.3.2	Die rol van die skool ten opsigte van die kind se eetgewoontes	76
2.4.3.3.3	Toegang tot voedsel.....	77
2.4.3.4	Familieraamwerk	78
2.4.3.4.1	Die rol van die ouers in gesinsverband	78
2.4.3.4.2	Gesinsscenario's wat die gewigsprobleem kan versterk.....	80
2.4.3.4.3	Die rol van broers en/of susters	83
2.4.4	Emosionele en gedragsdeterminante	84
2.4.4.1	Voorkoms van depressie	85
2.4.4.2	Sosialisering van die kind	85
2.4.4.3	Stigmatisering, etikettering, diskriminasie en viktimisering van die kind	86
2.4.4.3.1	Viktimisering binne die skoolomgewing.....	87
2.4.4.4	Akademie se prestasie van die kind	88
2.5	Samevatting	89
3.	HOOFSTUK 3: DIE INVLOED VAN OORGEWIG OF VETSUG OP DIE ONTWIKKELING VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE	91
3.1	Inleiding.....	91
3.2	Bronfenbrenner se Ekosistemiese teorie	91
3.3	Die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare	94
3.3.1	Die fisieke ontwikkeling van die kind.....	95
3.3.1.1	Vroeë kinderontwikkeling	96
3.3.1.2	Middelkinderjare	97
3.3.2	Die kognitiewe ontwikkeling van die kind	99
3.3.2.1	Kognitiewe ontwikkelingsfases	100
3.3.2.1.1	Kognitiewe ontwikkeling: sensories-motoriese fase	100
3.3.2.1.2	Kognitiewe ontwikkeling: pre-operasionele fase	102
3.3.2.1.3	Kognitiewe ontwikkeling: konkreet-operasionele fase	106
3.3.2.1.4	Kognitiewe ontwikkeling: formeel-operasionele fase.....	107
3.3.3	Perseptuele ontwikkeling van die kind	108
3.3.4	Motoriese ontwikkeling van die kind	110
3.3.5	Emosionele ontwikkeling van die kind	112
3.3.5.1	Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie	115
3.3.6	Ontwikkeling van die self	119

3.3.6.1	Die kind se 'self': Selfpersepsie, selfkonsep, selfbeeld en die beleving van die self.....	119
3.4	Temperament van die kind.....	123
3.5	Gehegtheid tussen kind en ouer	125
3.5.1	Hoofpatrone van gehegtheid.....	126
3.5.2	Gehegtheid en die invloed op oorgewig of vetsug	128
3.6	Ouerskapstyl van die ouer	129
3.7	Trauma in die kind se lewe	131
3.8	Die rol van die maatskaplike werker	133
3.9	Samevatting	137
4.	HOOFSTUK 4: EMPIRIESE NAVORSING TEN OPSIGTE VAN DIE KIND WAT IN DIE MIDDELKINDERJARE MET OORGEWIG OF VETSUG LEEF	139
4.1	Inleiding	139
4.2	Probleemstelling	140
4.3	Literatuurstudie	141
4.4	Navorsingsvrae.....	142
4.5	Doelstelling van navorsing	142
4.6	Navorsingsdoelwitte.....	142
4.7	Sentrale teoretiese stelling	143
4.8	Empiriese navorsingsmetodologie	143
4.8.1	Navorsingsontwerp	144
4.8.2	Navorsingsproses	145
4.8.2.1	Fase 1: Probleemontleding en Projekbeplanning	145
4.8.2.2	Fase 2: Data-Insameling en Sintese.....	148
4.8.2.2.1	Fase 3: Ontwerp.....	156
4.8.2.2.2	Fase 4: Vroeë Ontwikkeling en Loodstoetsing	157
4.8.2.2.3	Fase 5: Evaluasie, Verfyning en Verdere Ontwikkeling	157
4.8.2.2.4	Fase 6: Disseminasie (Verspreiding)	158
4.9	Etiese aspekte.....	159
4.10	Aanbieding van die kwalitatiewe bevindings	163
4.10.1	Hooftema 1: Oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug	166
4.10.1.1	Fisiese aspek van die kind.....	166
4.10.1.2	Emosionele aspek van die kind	174
4.10.1.3	Psigososiale aspek van die kind, in terme van die ekosisteme.....	180

4.10.2	Hooftema 2: 'n Holistiese Maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram	192
4.10.2.1	Die bemerking van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram	192
4.10.2.2	Aanbieding van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram	194
4.10.2.3	Inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram	198
4.11	Samevattend	206
5.	HOOFSTUK 5: 'N HOLISTIESE MAATSKAPLIKWERK-ONDERSTEUNINGSPROGRAM WAT DIE BEHOEFTE EN/OF PROBLEME VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE WAT MET OORGEWIG OF VETSUG LEEF, HANTEER.....	208
5.1	Inleiding	208
5.2	Agtergrond	208
5.3	'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef ..	210
5.3.1	Sisteem 1 – Middelkinderjare-kind	210
5.3.1.1	Aanvangsfase	211
5.3.1.2	Assesseringsfase	214
5.3.1.3	Doelwitbepaling	217
5.3.1.4	Intervensiefase	219
5.3.1.4.1	Determinante en/of aspekte vir die hantering van oorgewig of vetsug	220
5.3.2	Sisteem 2 - Ouers en gesin	249
5.3.3	Sisteem 3: Vriende en die skool	258
5.3.4	Sisteem 4 - Gemeenskap	263
5.3.5	Evaluering en afsluiting	267
5.3.6	Aanbevole bibliografie	267
5.4	Samevatting	270
6.	HOOFSTUK 6: SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	272
6.1	Inleiding	272
6.2	Gevolgtrekking van die navorsingsontwerp en prosedures	272
6.3	Gevolgtrekkings aangaande navorsingsbevindings	272

6.3.1	Samevattende gevolgtrekking: Oorsaaklikheidsfaktore wat bydra tot die kind se gewigsprobleem.....	273
6.3.2	Samevattende gevolgtrekking: Die behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef.....	277
6.3.3	Samevattende gevolgtrekking: 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram.....	280
6.4	Beperkings van die studie	284
6.5	Aanbevelings	285
6.6	Die bydrae van hierdie studie.....	287
6.7	Slotsom.....	288
7.	BRONNE	289
Addendum A Addendums		323
A.1	Kategorisering van liggaamsgewig volgens die LMI vir volwassenes.....	323
A.2	Ouderdomspesifieke afsnypte vir oorgewig of vetsug – seuns en dogters 2-18jr.....	324
A.3	Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: seuns 2-20 jaar	326
A.4	Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: dogters 2-20 jaar .	327
A.5	Aanduiding van die persentiel vir die berekening van oorgewig	328
A.6	Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: Seuns 5-19 jaar (z-scores).....	329
A.7	Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: dogters 5-10 jaar (z-tellings).....	330
A.8	Liggaamsvettabel (BF%) volgens geslag en ouderdom (manlik 7-18jr en 18 -79jr; vroulik 7-18jr en 18-79jr)	331
A.9	Nag-eet-sindroom se maatstawwe	332
A.10	Toestemming van die skoolhoof en beheerliggaam vir die beskikbaarstelling van inligtingsbriewe	333
A.11	Inligtingsbrief aan ouers	334
A.12	Toestemmingsbrief aan mediese praktyke en ander vir die beskikbaarstelling van inligtingsbriewe	336
A.13	Toestemmingsbrief aan ouers, as deelnemers	337
A.14	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die ouers as deelnemers.....	338
A.15	Toestemmingsbrief aan kundiges as deelnemers	339
A.16	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die verskeie kundiges as deelnemers	340

A.16.1	Basiese semi-gestruktureerde onderhoudskedule aan kundiges.....	340
A.16.2	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir onderwysers	340
A.16.3	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir mediese dokters	340
A.16.4	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir maatskaplike werkers	340
A.17	Toestemmingsbrief aan kundiges, as deelnemers (Engelse weergawe)	341
A.18	Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die kundiges (Engelse weergawe)	342
A.19	Ondersoekmetodes tydens die assesseringsfase	343
A.20	Onderhoud met die ouer tydens assessering	345
A.21	Addendum 21	349
A.21.1	Vraelys - Children's eating behaviour questionnaire (CEBQ)	349
A.21.2	Antwoordblad - Children's eating behaviour questionnaire (CEBQ)	351
A.22	Addendum 22	354
A.22.1	Vraelys - Parental feeding style questionnaire (PFQ)	354
A.22.2	Antwoordblad - Parental feeding style questionnaire (PFQ)	356
A.23	Probleemoplossende vaardighede	358
A.24	Riglyne vir ouers in terme van eetgewoontes	359
A.25	Gedragsprofiel van die populêre, verstote en verwaarloosde kind	361
A.26	Voedingspraktyke volgens ouerskapstyl	362
A.27	Instruksies en CD vir die EH-hulpmiddel.....	363
Addendum B	Skematiese Voorstellings.....	365
B.1	Hoofstuk 2	365
B.2	Hoofstuk 3	367
B.3	Hoofstuk 5	369

Lys van figure

Figuur 1.1: Fases van die intervensienavorsingsproses	28
Figuur 2.1: Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug.....	59
Figuur 3.1: Ontwikkeling van die kind in terme van sekere funksioneringsvlakke.....	95
Figuur 3.2: Die ses stadia van Piaget se sensories-motoriese fase.....	101

Lys van tabelle

Tabel 1.1:	Kundiges as deelnemers en hul onderskeie professies	38
Tabel 1.2:	Fases van die tematiese data-ontleding.....	40
Tabel 1.3:	Standaarde, strategieë en toegepaste kriteria om betroubaarheid en geloofwaardigheid te verseker	44
Tabel 2.1:	Outonome senuweestelsel: Simpatiese en parasimpatiese senuweestelsel.....	66
Tabel 3.1:	Hoofpatrone van gehegtheid	127
Tabel 3.2:	Ouerskapstyle	129
Tabel 3.3:	Die kindervetsugkategorieë vir mediese verwaarlosing	136
Tabel 4.1:	Ouers as deelnemers	150
Tabel 4.2:	Kundiges as deelnemers en hul onderskeie professies	152
Tabel 5.1:	Intervensie van die fisiese aspek	222
Tabel 5.2:	Intervensie ten opsigte van die emosionele aspek.....	241
Tabel 5.3:	Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 2 – Ouers.....	249
Tabel 5.4:	Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 2 - gesin.....	256
Tabel 5.5:	Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 3 - vriende.....	259
Tabel 5.6:	Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 3 - skool.....	260
Tabel 5.7:	Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 4 - Gemeenskap.....	264

Afkortings en Akronieme

BMI	Body Mass Index
DR&U	Developmental Research and Utilisation
LMI	Liggaamsmassa-indeks
Social R&D	Social Research and Development
VK	Verenigde Koninkryk
WGO	Wêreldgesondheidsorganisasie

1. HOOFSTUK 1: METODOLOGIESE OORSIG

1.1 Aktualiteit van die ondersoek

Die toename in oorgewig of vetsug, veral onder kinders, is tans wêreldwyd kommerwekkend. Die statistiek in Amerika toon dat 17,7% van kinders tussen die ouderdom van ses en 11 jaar vetsugtig is (Centers for Disease Control and Prevention, 2016a; Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014:1). In Afrika het die aantal kinders wat oorgewig of vetsugtig is amper verdubbel met 5,4 miljoen in 1990 tot 10,6 miljoen in 2014 (WGO - Wêreldgesondheidsorganisasie, 2016). Statistiek in Suid-Afrika oor die voorkoms van oorgewig of vetsugtigheid onder kinders is beperk en min onlangse statistieke is beskikbaar. Die Departement van Gesondheid (2016) meen dat een uit elke vier dogters en een uit elke vyf seuns in Suid-Afrika tussen die ouderdom van twee en 14 jaar oorgewig of vetsugtig is. Armstrong, Lambert, Sharwood en Lambert (2006:442-443) beweer dat oorgewig of vetsug onder Suid-Afrikaanse kinders dieselfde stygende patrone as ander ontwikkelende lande toon. Hierdie stygende patrone kan as gevolg van sosio-ekonomiese status, etnisiteit, verstedeliking en 'n afname in fisieke aktiwiteit toegeskryf word (Kruger, Puoane, Senekal & Van der Merwe, 2005:492-494; Maloney, 2010:354-355; Van der Merwe & Pepper, 2006:315-322). Oorgewig of vetsug word ook wêreldwyd met meer sterftes verbind as wat met ondergewig die geval is. Globaal is daar ook meer oorgewig mense, as ondergewig mense, behalwe in dele van sub-Sahara-Afrika en Asië (WGO, 2016).

Uit die voorafgaande blyk dit dus dat oorgewig of vetsug onder Suid-Afrikaanse kinders, om welke redes ook al, toeneem. Oorgewig blyk ook 'n groter probleem te wees as ondergewig, alhoewel hierdie fenomeen minder aandag geniet. In 'n internasionale verslag (International Food Policy Research Institute, 2016:120-121) waar verskeie lande se persentasievoorkoms van *stunting* en *wasting* (groei-vertraging en verdwering), asook ondergewig en oorgewig aangedui word, word die oorgewigpersentasie van Suid-Afrika nie eens aangedui nie. *Stunting* en *wasting* word beskryf as die "reduction or loss of body weight in relation to height" (WGO, 2014a:1) waarvan een van die langtermyngevolge vetsug is (WGO, 2014b:3). Vir die maatskaplike werker is die voorkoms van *stunting* en *wasting* en ondergewig by kinders problematies en kan dit as verwaarlosing beskou word in

teenstelling met die voorkoms van oorgewig of vetsug wat dikwels nie as die maatskaplike werker se terrein beskou word nie, maar eerder as 'n mediese probleem hanteer word (Eliadis, 2006:86-87). Die hantering van hierdie fenomeen word dikwels deur maatskaplike werkers agterweë gelaat terwyl die beste belang van die kind in die Children's Act 38 of 2005 as amended (s7) in alle omstandighede vooropgestel en bevorder moet word.

Oorgewig of vetsug het nie alleen 'n invloed op die kind se gesondheid nie, maar het ook 'n negatiewe fisieke, emosionele en psigososiale impak. Die volgende negatiewe gevolge kan onder andere geïdentifiseer word: lae selfwaarde; depressie; diskriminasie; stigmatisering; angs; gedragsprobleme en negatiewe sosiale funksionering (Carr & Friedman, 2005:244-259; Cornette, 2008:136; Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo & Redline, 2003:1206-1211). Oorgewig of vetsugtige kinders word dikwels deur hul maats op 'n negatiewe manier beskou, soos: "lazy, unattractive, less intelligent, and less socially skilled" (Gray, Kahhan & Janicke, 2009:720). Die kind funksioneer primêr binne die gesin- en die skoolsisteem en daarom moet die moontlike invloed wat bogenoemde sisteme op die gedrag van die kind kan hê, deur die maatskaplike werker hanteer word.

Die mens funksioneer binne verskillende sisteme en daarom maak die maatskaplike werkers dikwels van die ekosistemiese teorie gebruik om menslike gedrag beter te verstaan. Die uitgangspunt van die ekosistemiese teorie is dat die mens binne sisteme funksioneer en afhanklik is van dele van die sisteem (Healy, 2014:124-125; Meier, 2016:10-12; Sigelman & Rider, 2012:21-22; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:32-34). Indien daar konflik in 'n sisteem ontstaan en dit die kind negatief raak, moet dit op 'n praktiese, sinvolle wyse opgelos word. Dit is dus die taak van die maatskaplike werker om, soos in die Children's Act 38 of 2005 as amended vereis word, die oorgewig of vetsugtige kind tydens konflik of disfunksionaliteit in die verskillende sisteme by te staan. Die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ervaar dikwels konflik binne hierdie sisteme as gevolg van diskriminasie, stigmatisering en viktimisering; nie alleen binne die skoolomgewing nie, maar ook binne die gesinsomgewing en in die breë gemeenskap (Harrist, Swindle, Hubbs-Tait, Topham, Shriver & Page, 2016:13; Rimm & Rimm, 2004:178-180; Tang-Péronard & Heitmann, 2008:522). Konflik in

hierdie sisteme kan meebring dat die kind 'n gevoel van minderwaardigheid en liggaamsontevredenheid ontwikkel wat verder tot 'n swak selfbeeld kan lei en wat selfs tot in volwassenheid die kind se totale funksionering negatief kan beïnvloed (Bass & Eneli, 2015:641; Edmunds, 2008:191; Harrist *et al.*, 2016:1-17; Kline, 2015:410; Lawrence, 2010:312; Puhl & Brownell, 2008:82; Tang-Péronard & Heitmann, 2008:532).

In die Verenigde Koninkryk (VK) is daar in 2007 ongeveer 20 kinderbeskermingsake aanhangig gemaak waar oorgewig of vetsug 'n faktor was (Viner, 2010:375-377). Dit dui daarop dat oorgewig of vetsug 'n groeiende maatskaplike probleem in die ganse westerse samelewing word. In 2010 was daar minstens een soortgelyke geval in Suid-Afrika (Du Plessis v. Bloem, 2010). Dokters in die VK argumenteer dat oorgewig of vetsug onder kinders as 'n 'vorm van verwaarlosing' gesien kan word (Horwath, 2007:39; UNE Online, 2016; Viner, 2010:375-377). Viner (2010:375) noem verder dat navorsing toenemend die verband tussen oorgewig of vetsug in adolessensie en volwassenheid in verband bring met die voorkoms van seksuele misbruik, geweld en verwaarlosing in die kinderjare. Daarom is dit belangrik dat maatskaplike werkers hierdie 'vorm van verwaarlosing' moet identifiseer en aan ouers die nodige ondersteuning en leiding bied om hierdie probleem (1) te voorkom en (2) te hanteer. Die maatskaplike werker as toepasser van die Children's Act 38 of 2005 as amended, subartikel 7 en 9 moet die beste belang van die kind altyd vooropstel. Die voorkoming, of die verwydering van verwaarlosing, word in die Children's Act 38 of 2005 as amended vervat. Subartikel 2 en 9 van hierdie Wet bepaal dat, indien die ouer toelaat dat die kind oorgewig of vetsugtig word, dit nie in die beste belang van die kind is nie en kan dit as verwaarlosing van die kind gereken word. Die voorafgaande kan beteken dat die kind blootgestel is aan verwaarlosing wat tot degradering aanleiding kan gee as die gevolge van oorgewig of vetsug op die kind in ag geneem word (Children's Act 38 of 2005 as amended, s2). Dit is dus die taak van die maatskaplike werker, as toepasser van die Children's Act 38 of 2005 as amended, om aandag aan kinders te gee wat oorgewig of vetsugtig is. Indien daar versuim word om die kind se beste belang voorop te stel, kan dit in uiterste gevalle gesien word dat die maatskaplike werker nie die toepassing van die Wet nakom nie, soos wat dit ook die geval in terme van verwaarlosing is.

Dit is uit die literatuurontleding duidelik dat kinders slagoffers geword het van die negatiewe gevolge van oorgewig of vetsug wat 'n invloed op hulle huidige en latere funksionering as volwassenes kan hê (Edmunds, 2008:191; Gray *et al.*, 2009:720; Lawrence, 2010:312; Mcmanamon, 2015:75). Cornette (2008:136-137) bevestig dat literatuur meestal fokus op die fisieke gevolge van oorgewig by kinders, en dat die nie-fisieke gevolge (emosionele en psigososiale) van oorgewig of vetsug (depressie, sosiale isolering, stigmatisering, diskriminasie, swak selfbeeld, selfveragting, en swak akademiese prestasie) minder in ag geneem word. Cornette (2008:141) beveel verdere navorsing aan wat fokus op die ontwikkeling van assesseringsinstrumente met emosionele en psigososiale uitkomsgebaseerde maatstawwe, in teenstelling met fisieke meetinstrumente, soos die liggaamsmassa-indeks (LMI) en velvou-metings. Die ideaal is egter om 'n holistiese benadering vir die hantering van oorgewig of vetsug te ontwikkel. Die bestaande programme vir gewigverlies by kinders fokus egter nie op die rol van die maatskaplike werker nie en sluit meestal net enkelvoudige aspekte rondom oorgewig of vetsug in, soos mediese behandeling, leefstylverandering of oefening. Verder word die maatskaplike disfunsionele gesin en disfunsionele gemeenskappe waarbinne die kind beweeg nie in die programme hanteer nie. Hier word verwys na programme soos beskryf deur Cheung, Dart, Kalin, Otis en Gortmaker (2016), Ludwig (2007b), Naude (2006:88-105), Sothern, Von Almen en Schumacher (2001), Sullivan (2004), en Brown (2011) met die program MEND – move it, Corsica en Perri (2013:135-138), Kirschenbaum en Gierut (2013:349-351), Perri, Foreyt en Anton (2008:260-261) en Fujioka (2008:594).

Daar word vanuit die voorafgaande afgelei dat die negatiewe beleving van die kind oor homself as gevolg van sy oorgewig of vetsug dus doeltreffend deur 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer kan word. Hierdeur kan die kind bemagtig word om die nodige ondersteuning en egokragte te verwerk om sy gewigsprobleem doeltreffend te hanteer en optimaal te funksioneer. Egokrag word gedefinieer as: “die vermoë van die ego om konflik, stres, frustrasie en angs te verwerk of die hoof te bied en die ewewig van die persoonlikheid te bewaar” (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1995:12). In hierdie verband behels 'n holistiese benadering 'n span wat uit 'n maatskaplike werker, 'n mediese dokter, die skoolhoof/onderwyser, 'n dieetkundige, 'n voedseladviseur, 'n bio- en/of

kinderkinetikus en 'n sielkundige bestaan om sodoende 'n breër perspektief op die oorsake te verkry en aandag aan die gevolge te skenk. Daar word van 'n biokinetikus en/of 'n kinderkinetikus gebruik gemaak aangesien die twee professies dieselfde aanslag tot die oorgewig of vetsugtige probleem het en dus wisselwerkend of ondersteunend tot mekaar aangewend kan word. In hierdie navorsing word daar dus deurentyd na die kinderkinetikus verwys, maar dit sluit die bio- en/of kinderkinetikus se bydrae in. Deur hierdie holistiese spanbenadering kan moontlike optimale funksionering van die kind bereik word.

Dit is dus uit die voorafgaande duidelik dat hierdie navorsing noodsaaklik is ten einde kinders wat oorgewig is of vetsug ervaar, by te staan. Die navorsingsvrae word vervolgens geformuleer.

1.2 Navorsingsvrae

Uit die voorafgaande het dit geblyk dat die betrokkenheid van die maatskaplike werker by die hantering van oorgewig of vetsug by kinders dikwels agterweë gelaat word. Die kind wat met oorgewig of vetsug leef, moet gelei word om optimale funksionering te bereik ten opsigte van fisiese, emosionele en psigososiale funksionering en 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kan daartoe bydra. Die rol en verantwoordelikheid van die maatskaplike werker ten opsigte van die holistiese spanbenadering kan ook deur so 'n ondersteuningsprogram benadruk word. Om die oogmerke van die ondersoek te kan bereik, moet die volgende navorsingsvrae beantwoord word:

- *Watter oorsaaklikheidsfaktore kan bydra tot die gewigsprobleem van die kind in die middelkinderjare?*
- *Wat is die behoeftes en/of probleme van die kind, wat 'n rol kan speel in oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare?*
- *Wat is die inhoud van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram om aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef, te voldoen?*

1.3 Navorsingsdoelstelling

Gebaseer op die aanname dat kinders wat met oorgewig of vetsug leef, eiesoortige fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme, verbandhoudend met die fenomeen, ervaar en dat 'n holistiese benadering tot behandeling sukses in die behandeling sal verhoog en omdat daar tot op hede, sover vasgestel kon word, nie 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in Suid-Afrika of elders in die wêreld beskikbaar is nie, word die navorsingsdoelstelling soos volg geformuleer:

Ten einde in die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat in die middelkinderjare met oorgewig of vetsug leef te voldoen, moet 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgestel word.

1.4 Navorsingsdoelwitte

Die volgende navorsingsdoelwitte word vanuit die navorsingsdoelstelling geformuleer:

- om 'n kritiese ontleding te doen van die oorsaaklikheidsfaktore wat bydra tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare;
- om te bepaal wat is die behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef; en
- om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram saam te stel wat aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, sal voldoen.

1.5 Sentrale teoretiese stelling

Aangesien hierdie navorsing kwalitatief van aard is, word 'n teoretiese stelling geformuleer:

Indien die kundigheid van kenners op die terrein van oorgewig of vetsug, en die ervaring van betekenisvolle persone in die lewe van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ingesamel word, kan 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram ter ondersteuning van die holistiese span opgestel word om die invloed van die fenomeen te hanteer en om moontlike optimale funksionering by die kind, te bevorder.

1.6 Paradigmatiese perspektief

Volgens De Vos en Strydom (2011a:41) word alle navorsing binne 'n spesiale paradigma of wyse waarop daar na navorsing gekyk word, uitgevoer. Hierdie navorsing is binne die kwalitatiewe paradigmatiese perspektief uitgevoer. In die kwalitatiewe paradigmatiese perspektief word die volgende konstrunkte hanteer aangesien dit tot die konseptualisering van die paradigmatiese perspektief bydra. Die konstrunkte sluit die teoretiese en filosofiese begronding in wat die sosiaal-konstruktivistiese paradigma behels, asook die konseptuele definisies en die metodologiese aannames.

1.6.1 Teoretiese begronding

Die navorsing sal vanuit 'n eklektiese benadering gedoen word, wat die Ekosistemiese teorie, Gestalt- en Gedragsterapie insluit. Die konstrunkte word vervolgens kortliks bespreek.

1.6.1.1 Die Ekosistemiese teorie

Een van die mees geskikte raamwerke wat oor die interaksie van mense rapporteer, is die Ekosistemiese teorie, 'n grondliggende idee in maatskaplike werk wat die basis bied om die dinamika in menslike gedrag te begryp (Teater, 2014:16-17; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:19-21). Die kind wat met oorgewig of vetsug leef, is deel van die omgewing waarin die kind funksioneer. Die persoon word dus dinamies weergegee as in interaksie met persone soos familie, vriende, die skool en ander sisteme in die samelewing, soos geloof en politiek. Die persoon-in-omgewing-perspektief word gebaseer op die idee dat die maatskaplikewerkprofessie se basiese missie 'n tweeledige fokus op die persoon en die omgewing moet hê (Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:21). Die mens in sy omgewing is dus die fokus van dié navorsing.

Die kind is nie geïsoleerd in die leefomgewing nie, maar word beïnvloed deur die gesin, die familie, die skool en gemeenskap waarin die kind leef (Daniel, Wassell & Gilligan, 2010:38-39; Healy, 2014:124-125; Meier, 2016:10-12; Sigelman & Rider, 2012:21-22; Teater, 2014:16-22). Die kind wat met oorgewig of vetsug leef, se probleem moet binne die Ekosistemiese perspektief benader word ten einde al die sisteme wat 'n rol in die kind se lewe speel, in ag te neem aangesien alle

sisteme beïnvloed word (Harrist *et al.*, 2016:1). Teater (2014:19) verwys na die grense van elke sisteem wat 'n spesifieke sisteem van ander sisteme onderskei. Grense kan fisiek of psigologies van aard wees. Indien die ewilbrium van 'n sisteem versteur word, verhoed dit positiewe groei en verandering. Uit die voorafgaande word afgelei dat die kindsisteem deur die holistiese maatskaplike-werk-ondersteuningsprogram in staat gestel moet word om grense binne die sisteem te stel sodat die sisteem se ewilbrium wat positiewe groei kan inhibeer, nie versteur word nie. Die Ekosistemiese teorie ten opsigte van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, word meer volledig in par. 3.2 bespreek.

1.6.1.2 Gestaltterapie

Gestaltterapie is 'n eksistensiële terapie omdat dit gegrond is in die hier-en-nou en persoonlike keuse en verantwoordelikheid word beklemtoon (Blom, 2006:17; Ginger, 2007:5-6, 24). Dit is ook fenomenologies omdat dit fokus op die individuele bewuswording van die wêreld; hoe die individu bydra tot die skepping van eie ervarings, asook die organisering van die eie wêreld en die self (Blom, 2006:19-20; Houston, 2003:7; Yontef & Jacobs, 2008:330-331). Gestaltterapie is ook ervarings-georiënteerd, hoe die mens binne sy omgewing dink, voel en doen (Henderson & Thompson, 2011:221; Yontef & Jacobs, 2008:329-331). Die doel van Gestaltterapie is om mense aan te wakker of te mobiliseer om optimaal te funksioneer (Houston, 2003:4) en plaas klem op die individu eerder as op diagnostiese kategorieë (Ginger, 2007:2; Houston, 2003:6). Bewuswording van emosies in die liggaam word deur die terapeut aangewakker en hanteer soos wat dit voorkom (Ginger, 2007:74-76). Geldard, Geldard en Yin Foo (2013:74) verduidelik dat die kind se bewussyn van kwessies verhoog moet word wanneer die kind die storie vertel, sodat hulle met hulle emosies en ervarings in aanraking kom.

Wanneer 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram ontwikkel word, moet dit só gedoen word dat die kind met sy emosies en ervarings in aanraking kom. Die beginsels van hierdie teorie word in gedagte gehou met die opstel van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die Gestaltbenadering gaan van die standpunt uit dat die individu, met die nodige vlak van bewustheid en ondersteuning van die omgewing, oor die vermoë tot selfregulasie sal beskik en

om lewensprobleme suksesvol te kan hanteer. In die holistiese maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram is die tegnieke en hulpmiddels van hierdie teorie tydens
die assessering en behandeling van die kind aangewend. Die uitgangspunt van
die Gestaltbenadering is dat die mens nie volgens die vorm/behoefte van die
terapie gebuig moet word nie, maar dat die terapie volgens die vorm/behoefte van
die mens aangepas moet word (Houston, 2003:14). Die tegnieke en hulpmiddels
wat tydens assessering en behandeling aangewend word, sal dus van kind tot
kind verskil, soos wat die kind se behoeftes tydens die sessies ontstaan. 'n
Basiese holistiese maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram word dus opgestel,
maar daar word genoeg ruimte gelaat om die behandeling by die kind se
behoefte aan te pas.

1.6.1.3 Gedragsterapie

Die toepassing van gedragsterapie is deur Richard Stuart (1967) begin, waar hy
agt vrouens met sukses vir oorgewig of vetsug behandel het (Henderson &
Thompson, 2011:251; Kirschenbaum, Johnson & Stalonas, 1987:1). Hierdie
outeur het van die standpunt uitgegaan dat eetgedrag aangeleer is en in stand
gehou word deur omgewingsdeterminante of omgewingstimuli. Dit hou dus
verband met die eksterne determinante wat tot oorgewig of vetsug kan lei. In
verdere navorsing is daar egter gevind dat interne determinante (biologiese
oorsake) ook 'n groot rol speel (verwys na par. 2.4.2). Gedragsterapie fokus op die
hier-en-nou, die waarneembare gedrag, en die terapeutiese metodes en tegnieke
om negatiewe gedrag uit te wis, te verander en positiewe gedrag te versterk
(Geldard, *et al.*, 2013:75-76; Van Bilsen, 2013:218;224-225; Yontef & Jacobs,
2008:332). Hierdie terapie word ook veral suksesvol vir die behandeling van
eetversteurings aangewend (McManus & Shafran, 2014:106-108).

Gedrag- en Gestaltterapie kan met groot sukses in die holistiese
maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram aangewend word om spesifieke
gedrag, byvoorbeeld gesamentlike gesinsetes te bevorder. Gedragsterapie kan in
hierdie geval op die verandering van spesifieke gewoontes/gedrag fokus, terwyl
gestaltterapie op die bewustheid van die individu fokus (Yontef & Jacobs,
2008:333). Die kind en gesin moet dus deur die holistiese maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram gelei word om interne en eksterne aspekte te erken wat

foutiewe gedrag veroorsaak, die gedrag te verander en om sodoende positiewe gedrag te versterk.

1.7 Fundamentele begroning en perspektiewe

Hierdie navorsing is gebaseer op sekere fundamentele begronings soos wat later sal blyk. Die paradigma waarvolgens hierdie navorsing aangebied word, word vervolgens bespreek. 'n Paradigma word beskryf as:

“... a patterned set of assumptions concerning reality (ontology), knowledge of that reality (epistemology), and the particular ways of knowing about that reality (methodology). These assumptions and the ways of knowing are untested givens and determine how one engages and comes to understand the world” (Miller & Crabtree, 1999:8).

Denzin en Lincoln (2013:26) bevestig bogenoemde beskrywing van die paradigma. Daar word hoofsaaklik vier paradigmatische wêreldperspektiewe onderskei, naamlik post-positiwistiese, pragmatiese, deelnemende/voorspraaklike en sosiaal-konstruktivistiese paradigmas (Creswell, 2014:5-11; Denzin & Lincoln, 2013:2-3). Hierdie navorsing word op die sosiaal-konstruktivistiese perspektief begrond omdat dit ten doel het om 'n nuwe intervensie te ontwikkel met die oog daarop om sosiale verandering teweeg te bring. Die besluit op hierdie perspektief word vervolgens bespreek.

Creswell (2014:6) verklaar dat bogenoemde wêreldperspektiewe 'n stel uitgangspunte bied wat tot aksie lei. Die sosiaal-konstruktivistiese paradigma kom na vore uit die postmodernisme wat die idee verwerp dat daar net een uitsluitlike waarheid bestaan en dat die wêreld, soos ons dit sien, die gevolg is van verskuilde strukture (Schultheiss & Wallace, 2012:2-3). Verder noem Schultheiss en Wallace dat indien die sosiaal-konstruktivistiese perspektief aangeneem word, daar nie voortgegaan kan word om die wêreld met ou aannames en praktyke te ondersoek nie; in plaas daarvan moet nuwe praktyke ondersoek word. Die doel van navorsing hieroor is dan nie meer net om waarhede te ontbloot nie, maar die identifisering van nuwe praktyke van verstaan, en om sosiale verandering mee te bring (Schultheiss & Wallace, 2012:4-5).

Die sosiaal-konstruktivistiese paradigma is in die konstruktivistiese paradigma gegrond.

1.7.1 Konstruktivisme

Daar is verskeie paradigmas in die konstruktivisme. Hier word verwys na die konstruktivistiese postmoderne paradigma. Die ontologie van die konstruktivistiese postmoderne paradigma bestaan net daaruit dat 'n werklike wêreld bestaan uit 'n narratiewe waarheid en realiteit en alleenlik geken kan word deur wat die persoon ervaar (Cupchik, 2001:1-2; Fouché & Schurink, 2011:310-311; Miller & Crabtree, 1999:10). 'n Voorbeeld hiervan is die moontlike verskillende belewenisse van stigmatisering by kinders in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef. Die epistemologie van die paradigma is dat dié wat dit persoonlik ervaar, konstrueer kennis deur 'n proses van selfbewuste aksies. Die konstruktivistiese benadering glo nie dat daar 'n waarheid daar buite is nie, slegs narratiewe realiteite (Denzin & Lincoln, 2013:27). Tydens die data-ontleding word samehangende realiteite saamgevoeg. Hierdie realiteite word gesien as die uitkoms van konstruksie (Cupchik, 2001:2; Fouché & Schurink, 2011:310-311; Miller & Crabtree, 1999:10). Creswell (2014:8-9) is van mening dat in die wêreld van konstruktivisme die volgende aspekte van belang is:

- die navorser moet die interaksie tussen mense in ag neem;
- die spesifieke konteks waarin mense leef en werk moet in ag geneem word om die mens se agtergrond te verstaan en interpretasie te vorm; en
- die geskiedenis en kultuur van deelnemers moet verstaan word.

Die navorser se eie spesifieke ervaring van die sosiale werklikhede is konstrueer (Bryman, 2012:33). Die navorser het binne haar eie realiteit ten opsigte van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram nagedink om die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van 'n kind wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef, te verstaan. Hierdie konstruksies word binne die sosiale omgewing waarin mense leef, gevorm. Wat vir een kultuur, gemeenskap, gesin of konteks oorgewig of vetsug is, is nie noodwendig vir 'n ander gemeenskap, kultuur, gesin of konteks oorgewig of vetsug nie. Dié konstruksie is dus geleë binne die konteks van die sosiaal-konstruktivistiese siening van die gemeenskap waarin dit voorkom. Met dié denke het die navorser haar konstruksies ten opsigte van hierdie onderwerp verbreed.

1.7.2 Sosiaal-konstruktivistiese wêreldsiening

Die sosiaal-konstruktivistiese benadering het die perspektief dat individue hulle wêreld waarin hulle leef en werk, wil verstaan (Schultheiss & Wallace, 2012:4-5). Individue ontwikkel subjektiewe menings van hulle ervarings en gee so betekenis aan bepaalde objekte en dinge. Dié menings kan verskil en rig dan die navorsing om op die kompleksiteit van verskillende sienings van 'n saak te fokus. Die sienings is veral dié van individue oor 'n bepaalde saak, naamlik die ouers en die kundiges se siening aangaande die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug, leef. Die bevraagtekening van 'n saak (wat mense in hulle lewens doen en sê) is wyd en algemeen in die konstruktivistiese beskouing. In die sosiaal-konstruktivisme word interaksie en besprekings binne groepe en gemeenskappe oor hulle ervarings gehou en gee so betekenis aan dié ervarings. In hierdie navorsing het die navorser tydens die onderhoude met die deelnemers goed geluister na die onderwerpe en betekenis van hul ervarings en dit is teen die agtergrond van die onderwerp se geskiedenis en bedoelde betekenis waargeneem (Creswell, 2014:8). Op dié wyse is 'n sosiale konstruksie gevorm. Die werklikheid van die kind, soos dit deur die ouers en kundiges ervaar word, is in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer. Die navorser se ingesteldheid was dus om sin te maak van die verskillende betekenis wat die wêreld van die konstruksie het of hoe dit interpreteer word.

1.7.3 Sosiaal-konstruktivistiese navorsingsingesteldheid

Die bevraagtekening van die behoeftes of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, is die fokus van hierdie navorsing. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat elke basiese vraagstuk verskillend beantwoord kan word afhangend van die navorser se ontologie en sy epistemologie. Hierdie sienings het die weg vir die navorser se navorsing aangetoon. Die epistemologiese en ontologiese perspektief is deurgaans in die navorsing gebruik en dit het die rigting aangedui vir die ontwikkeling van kennis en die verduideliking oor die komponente van die sosiale wêreld van die kind wat met oorgewig of vetsug leef (Fouché & Schurink, 2011:310).

Soos reeds gemeld, is Creswell (2014:8-9) van mening dat die wêreld van konstruktivisme ingestel is op drie punte. Die navorser het uitvoering aan die drie punte gegee deur:

- interaksie tussen mense te bewerkstellig deur onderhoude met ouers en kundiges aangaande die fenomeen, oorgewig of vetsug by kinders, te voer;
- om op die spesifieke konteks van die navorsing te fokus, deur die literatuurontleding oor die fenomeen, kundiges en ouers te raadpleeg en 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel; en
- die geskiedenis van die kind wat met oorgewig of vetsug leef en hul gesinsomstandighede te verkry deur onderhoude met die ouers te voer.

Samevattend kan dus verklaar word dat die navorser se ingesteldheid was om sin te maak van die verskeie ander betekenis wat die wêreld het op hierdie navorsingsgebied en om dit te interpreteer. Die ouers van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, word juis volgens die sosiale konstruksie by die navorsing betrek, omdat, soos reeds genoem is, betekenis van geslag tot geslag oorgedra word, asook deur die gemeenskap waarin daar geleef word. Die navorser was gemaklik om binne hierdie paradigma te werk aangesien dit daartoe bygedra het dat die negatiewe sienings van die fenomeen en die meegaande aksies van mense beter verstaan kon word, die sensitiewe aard van oorgewig of vetsug by die kind in die middelkinderjare se konteks beter verstaan en in ag geneem kon word, en dat die realiteit waarbinne die kind wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef, beter deur die sosiaal-konstruktivistiese paradigma verstaan kon word.

1.8 Konseptuele definisies

Vervolgens gaan die konseptuele definisies van die navorsing bespreek word.

- **Oorgewig of vetsug**

Oorgewig of vetsug word gedefinieer as 'n staat van abnormale of oordadige vetakkumulering in die vetweefsel tot so 'n mate dat die gesondheid van die individu daardeur beïnvloed word (WGO, 2016).

Kosti en Panagiotakos (2006:152) definieer oorgewig of vetsug as: “Die konsekwensie van ongebalanseerde energie – naamlik, energie-inname oorskry die energieverbruik oor ’n periode van tyd.”

Bray (2008:1-2) meen dat die aantal vetselle in die laat middelkinderjare en adolessensie drasties kan vermeerder; “the number of fat cells can increase three-to fivefold when obesity occurs in childhood or adolescence.”

Vir die doel van hierdie navorsing word oorgewig of vetsug sinoniem met mekaar gebruik, alhoewel daar ’n verskil in die klassifikasie is, soos in onderstaande definisie en par. 2.2 beskryf word (verwys na Addendum 1). Oorgewig of vetsug word dus in hierdie navorsing beskryf as: “Die voorkoms van oordadige vetakkumulasie in die liggaam van die kind in die middelkinderjare, soos dit deur die ouers van die betrokke kind ervaar en gerapporteer word.”

- **Bepaling van liggaamsgewig**

Verskeie meetinstrumente word aangewend om oorgewig of vetsug by kinders te bepaal, maar dit is nie altyd effektief nie (verwys na par. 2.2). Definisies wat vroeër in die klassifisering van oorgewig of vetsug by kinders gebruik is, het nie aangebore faktore in kinderontwikkeling soos groeipatrone en verspreiding van vetsug in ag geneem nie. Daarvoor is Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000:1240-1243) se internasionale afsnypunt, volgens die liggaamsmassa-indeks (LMI) vir oorgewig of vetsug vir die onderskeie geslagte tussen die ouderdom van twee en 18 jaar ontwikkel (verwys na par. 2.2.1 en Addendum 2). Die LMI of die meer bekende “BMI” (Body Mass Index) kan gedefinieer word as gewig in kilogram, gedeel deur die lengte in meters kwadraat (kg/m^2). Hierdie liggaamsmassa-indeksskaal dui ’n bepaalde klassifikasie van die kind se liggaam aan volgens Cole *et al.* (2000:1240-1243) se internasionale afsnypunt, naamlik oorgewig of vetsug (Addendum 2). ’n Tweede meetinstrument wat algemeen vir kinders aangewend word, is die groeikaarte met ’n persentiel vir die LMI volgens ouderdom (Addendum 3 en 4). Hierdie groeikaarte toon die klassifikasie van die kind se liggaamsmassa volgens ’n persentiel aan, byvoorbeeld as ondergewig, normale gewig, oorgewig of vetsugtig (Addendum 5) (verwys ook na par. 2.2.2).

In hierdie betrokke navorsing is die Centers for Disease Control and Prevention se elektroniese LMI-berekening vir kinders en adolessente aangewend om berekeningsfoute tydens die klassifikasie te voorkom (Centers for Disease Control and Prevention, 2016b). Die klassifikasie en gewig van die kind is deur die ouer uitgevoer en tydens die onderhoud aan die navorser verskaf. Aangesien die navorser nie direkte kontak met die kinders gehad het nie, is die ouers gevra om voor die onderhoud die kind se gewig en lengte te meet. Aangesien die kind stigmatisering in die gesin kon ervaar en dit 'n invloed op die kind se emosionele gesondheid kon hê (Hunger & Tomiyama, 2014:579; Puhl & Brownell, 2008:82), is die ouers deur die inligtingsbrief aangemoedig om die meting op 'n nie-stigmatiserende wyse binne die gesin te doen (Addendum 11). Die ouer is gevra om klem op groei en nie gewig te plaas nie. Sodoende is daar in die proses voorkom dat die kind ongemak ervaar en emosionele skade ly.

- **Middelkinderjare**

Die tydperk tussen die sesde en twaalfde lewensjaar van die kind staan algemeen as die middelkinderjare bekend, maar dit kan egter bietjie jonger of ouer wees. Hierdie is relatief rustige jare wat die fisieke ontwikkeling van die kind behels, maar dit is 'n belangrike tydperk vir die kind se kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling (Louw & Louw, 2014:239). Sadock en Sadock (2003:21) noem dat die normale stadia van vroeë ontwikkeling die voorgeboortelike tydperk, kleuter- en babajare (vanaf geboorte tot 15 maande), die peutertydperk (15 maande tot twee en 'n half jaar), die voorskoolse periode (twee en 'n half jaar tot 6 jaar) en die middeljare (ses tot 12 jaar) insluit. Hierdie stadia vorm 'n kontinuum waarin ontwikkeling by die kind plaasvind.

Vir die doel van hierdie navorsing verwys die middelkinderjare dus na die kind wat in Graad R is (sesjarige) tot Graad 7 (twaalfjarige). Die sesjarige kind is dikwels alreeds betrokke by die skool deur Graad R en is daarom gemaklik by die navorsing ingesluit. In hierdie navorsing verwys 'kind' na die kind wat in die middelkinderjarefase is.

- **Maatskaplike werk of maatskaplike dienste**

Die **maatskaplikewerkprofessie** word as volg gedefinieer:

“Maatskaplike werk is ’n praktyk-gebaseerde professie en ’n akademiese dissipline wat maatskaplike verandering en ontwikkeling, maatskaplike kohesie, en die bemagtiging en bevryding van mense bevorder. Beginsels van maatskaplike geregtigheid, menseregte, kollektiewe verantwoordelikheid en respek vir diversiteit is fundamenteel in maatskaplike werk. Versterk deur teorieë vir maatskaplike werk, sosiale wetenskappe, geesteswetenskappe en inheemse kennis, betrek maatskaplike werk mense en strukture om lewenseise te hanteer en welsyn te bevorder” (IASSW, 2014).

Volgens Pierson en Thomas (2010:493) behels maatskaplike werk verder die volgende:

“Social work, the paid professional activity, that aims to assist people in overcoming serious difficulties in their lives by providing care, protection or counselling al through social support, advocacy and community development work.”

Hierdie twee skrywers brei bykomend uit op maatskaplike werk as:

“... willing to move beyond the formality of the role and work with people in their own environment as they negotiate solutions to problems. For them, imposed formal solutions are a last resort. Rather, they pay special attention to the way users and their families and local networks define social problems and individual needs and work within a collaborated framework to address them” (Pierson & Thomas, 2010:495).

Maatskaplike dienste behels:

“The activities of human services personnel in promoting the health and well-being of people and in helping people become more self-sufficient; preventing dependency; strenthening family relationships; and restoring individuals, families, groups, or communities to successful social functioning” (Barker, 2003:407).

Uit die voorafgaande word *maatskaplike werk* dus in hierdie navorsing gedefinieer as die verandering wat in die welstand van die kind gebring word, deur ’n diens te lewer, op individuele vlak en binne gemeenskappe, deur verskeie wetenskaplik-begronde strategieë, tegnieke en hulpmiddels toe te pas, om optimale funksionering van die kind en die gemeenskap te bewerkstellig.

- **Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Die volgende definisies het betrekking op die onderhawige holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram.

Holisties verwys na die hulpverlening wat gebied word en word deur Bhatia (2009:190) soos volg beskryf:

“... complete, treating its subject matter as a coherent and indivisible unit. For instance, a holistic approach to medicine would involve dealing with the whole person, including their own experiences, stresses, and understanding of the situation, rather than simply treating the symptom.”

Barker (2003:197) beskryf *holisties* soos volg:

“Oriented towards the understanding and treatment of the whole person or phenomenon. In this view, an individual is seen as being more than the sum of separate parts, and problems are seen in a broader context rather than as specific symptoms. One who maintains a holistic philosophy seeks to integrate all the social, cultural, psychological, and physical influences on an individual.”

'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram verwys nie net na die behandeling van die totale kind nie, maar sluit ook die verskillende professies wat in die spanbenadering betrek word in. Die spanbenadering sluit verskillende dissiplines in, wat as multi-, inter-, of transdissiplinêr bekend staan. Choi en Pak (2006:353-359) definieer drie terme met betrekking tot die dissiplinêre span, naamlik:

- Multidissiplinêre span: “Draws on knowledge from different disciplines but stays within the boundaries of those fields” (Choi & Pak, 2006:359).
- Interdissiplinêre span: “Analyzes, synthesizes and harmonizes links between disciplines into a coordinated and coherent whole” (Choi & Pak, 2006:359).
- Transdissiplinêre span: “Integrates the natural, social and health sciences in a humanities context, and in so doing transcends each of their traditional boundaries” en verder “involves scientists from different disciplines as well as nonscientists and other stakeholders and, through role release and role expansion, transcends (hence “trans”) the disciplinary boundaries to look at the dynamics of whole systems in a holistic way” (Choi & Pak, 2006:359).

Hierdie navorser meen verder vir die meer algemene situasie, moet die term *multiple disciplinary* gebruik word, wanneer die vlak of aard van die verskeie dissiplines se betrokkenheid onseker of nie-gespesifiseerd is (Choi & Pak, 2006:359).

Die samewerking tussen die spanlede behels:

“The procedure in which two or more professionals work together to serve a given client (individueel, family, group, community, or population). The professionals may work relatively independently of one another but communicate and coordinate their respective efforts to avoid duplication of services, or they may work as members of a single helping team” (Barker, 2003:81).

Uit die voorafgaande beskryf die term *holisties* dus die holistiese spanbenadering wat uit verskeie dissiplines bestaan en so verskeie benaderings en tegnieke insluit. Die betrokkenheid van die spanlede en dissiplines sal van kind tot kind verskil en so ook die aard van hantering. Daar sal in hierdie navorsing egter net na die spanlede of spanbenadering verwys word. Hierdie term sluit ook die maatskaplike werker se wye hantering van die fenomeen in.

Ondersteuning kan gesien word as 'n sinoniem vir onderskraging. Onderskraging kan beskryf word “as 'n tegniek in die maatskaplike werk waar 'n kliënt ondersteun word deur byvoorbeeld aanmoediging ten einde spanning te verlig en selfvertroue te bevorder” (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1995:46).

Ondersteunende behandeling kan dan beskryf word as:

“The helping interventions used by social workers and other professionals, designed primarily to help individuals maintain adaptive patterns. This is done in the interview through giving reassurance and advice, providing information, and pointing out client strengths and resources” (Barker, 2003:425).

Uit die voorafgaande kan die term *holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram* vir die doel van hierdie navorsing soos volg geformuleer word: “Die diens wat binne die verskillende ekosisteme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, gelewer word, deur die holistiese spanlede volgens hul verskeie hanteringstrategieë en sluit ook die fasiliterende rol wat die maatskaplike werker tussen die verskeie dissiplines speel, in. Hierdie professionele handeling het ten doel om die kind tot beter maatskaplike funksionering en volhoubare veranderinge en aanpassings te lei. Die fenomeen word dus in totaliteit hanteer met die doel dat die kind optimaal funksioneer”. 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram om uitvoering aan bogenoemde te gee, word in Hoofstuk 5 uiteengesit.

- **Fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme**

Fisies behels die fisiese funksies van die liggaam wat byvoorbeeld die behoefte aan voedsel en water insluit (Bhatia, 2009:314) en wat die ouer van die kind daaglik vir die voortbestaan van die kind moet voorsien (Pierson & Thomas, 2010:381). In hierdie navorsing sluit *fisies* alles wat met die liggaam te doen het in, naamlik die innerlike en uiterlike fisiese behoeftes en probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef.

Emosioneel behels die emosies van 'n persoon wat gedefinieer kan word as:

Die evaring van subjektiewe gevoelens wat 'n negatiewe of positiewe waarde vir die individu het. Die nuutste teorieë ag emosies as die kombinasie van psigologiese reaksies met 'n kognitiewe beoordeling van die situasie (Bhatia, 2009:135), waar emosionele insig verwys na die dieper vlak van begrip of bewuswording wat moontlik tot 'n positiewe verandering in persoonlikheid en gedrag kan lei (Bhatia, 2009:213).

Emosies, volgens Statt (2003:46), verteenwoordig 'n ingewikkelde staat van breë fisiese veranderings, gekenmerk deur sterk gevoelens wat vergesel word van gedragsimpulse om die spesifieke doel te bereik.

Dit is dan ook van belang om die **emosionele ontwikkeling** van die kind in ag te neem om die konsep *emosioneel* te verstaan. Erik Erikson (1950, 1968), soos na verwys in Zastrow & Kirst-Ashman (2010:292), het die teorie van emosionele ontwikkeling deur middel van agt stadia beskryf (verwys na par. 3.3.5). Hierdie teorie fokus op die ontwikkeling van persoonlikheid deur die voorgenoemde stadiums waar die interaksie tussen biologiese rypwording en die eise van die samelewing ter sprake is. Erikson stel dit dat die samelewing waarin mens leef, sekere psigiese eise tydens elke stadia van emosionele ontwikkeling stel. Erikson noem hierdie vereistes *krisisse*. Gedurende elke emosionele stadium moet die individu aanpassings maak om die stressors en konflikte wat die krisis behels, te oorkom en dus sukses te ervaar.

Emosioneel verwys dus in hierdie navorsing na die ingewikkelde, subjektiewe, positiewe en negatiewe gevoelens wat 'n sekere gedrag by die kind ontlok. Die volgende konsepte het betrekking op psigososiale behoeftes of probleme:

Psigososiaal is 'n term wat dui op: "sake wat beide psigies en sosiaal is, d.w.s. waarby die individu en ander persone betrokke is, bv. die sosialisering van die individu" (Plug, Louw, Gouws & Meyer, 1997:302).

Psigies kan beskryf word as: "n term wat alles met die psige saamhang, dit wil sê alle bewuste belewing, onbewuste prosesse, en waarneembare en onwaarneembare gedrag wat deur die sielkunde bestudeer word" (Plug, *et al.*, 1997:298). Die *psige* is: "The mind and soul, including the totality of one's conscious and unconscious mental processes" (Barker, 2003:345).

Die term *sosiaal* het betrekking op die **sosiale funksionering** van die mens en behels:

"Living up to the expectations that are made of an individual by that person's own self, by the immediate social environment, and by society at large. These expectations, or functions, include meeting one's own basic needs and the needs of one's dependents and making positive contributions to society. Human needs include physical aspects (food, shelter, safety, health care, and protection), personal fulfillment (education, recreation, values, aesthetics, religion, and accomplishment), emotional needs (a sense of belonging, mutual caring, and companionship), and an adequate self-concept (self-confidence, self-esteem, and identity). Social workers consider one of their major roles to be that of helping individuals, groups, or communities enhance or restore their capacity for social functioning" (Barker, 2003:403).

Dit het verder ook betrekking op die **sosiale bevoegdheid** van 'n persoon:

"The acquired mastery of the social, emotional and cognitive skills necessary to exist as a member of human society. This is a relative and constantly changing condition because the skills needed by a young child to be considered socially competent are different from the skills needed by an adult" (Barker, 2003:402).

Psigososiale behoeftes en/of probleme word beskryf as:

"n Spanningstoestand of ontevredenheid as gevolg van 'n verskil in wedersydse aanpassing tussen kliënte en ander met wie hulle geassosieer word, of tussen kliënte of gesinne en die maatskaplike hulpbronne wat dit gewoonlik vir hulle moontlik maak om in 'n redelike

mate van gemak en tevredenheid te funksioneer” (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1995:55).

Vir die doel van hierdie navorsing word *psigososiale behoeftes en/of probleme* dus gesien as die breë behoeftes en probleme wat die kind in die middelkinderjarefase in sy sisteme waarin hy leef, ervaar en openbaar. Die sisteme waarbinne die kind beweeg, bevorder of inhibeer die optimale funksionering van die kind. Die psigo-sosiale behoeftes en/of probleme sluit dus die totale bewustelike en onbewustelike belewing in, asook waarneembare gedrag wat die kind wat met oorgewig of vetsug leef, wat in die onderskeie sisteme geopenbaar of beïnvloed word. Hierdie onvervulde behoeftes en/of probleme bring mee dat die daaglikse gang van die lewe om te oorleef en aan te pas, negatief beïnvloed word en die kind daarvan weerhou om optimale funksionering te bereik.

- **Assessering**

Assessering in maatskaplike werk word gedefinieer in terme van die drie sleutelkomponente wat insluit: (1) die insameling van data (2) deur 'n kontekstuele perspektief, en (3) wat lei tot 'n voorkomings- of intervensieplan (Woolley, 2012:2-4). Assessering van 'n kind, volgens die Children's Act 38 of 2005 as amended (s1) beteken:

“a process of investigating the developmental needs of a child, including his or her family environment or any other circumstances that may have a bearing on the child's need for protection and therapeutic services.”

Volgens Pierson en Thomas (2010:36) is assessering:

“A dynamic and continuous process that takes account of changes in behaviour, circumstances and relationships.”

Dit sluit in dat die beste belang van die kliëntsisteem gedien moet word. Cummins, Sevel en Pedrick (2012:6-7) brei uit op die voorgaande definisie van Pierson en Thomas deur te stel dat die kliënt se uitdaging geïdentifiseer word, die sterktes en hulpbronne verken word, die kliënt ondersteun word om sy gevoelens te herken en uit te druk, en die breë doelstellings as 'n span saam met die kliënt gevisualiseer word. Corcoran (2011:52-57) en Bogo (2006:154) meen dat die maatskaplike werker die kliënt aanmoedig om sy geskiedenis in sy eie woorde te vertel terwyl die maatskaplike werker aandagtig luister en die kliënt help om uit te brei en te

ontdek deur oop vrae te vra. Die maatskaplike werker vra ook meer gefokusde vrae om spesifieke inligting te bekom en gevoelens en gedagtes te reflekteer, te parafraseer en samevattinge te maak (Corcoran, 2011:61). Die maatskaplike werker evalueer dan op grond van die inligting wat versamel is of hy genoeg kennis het om intervensie te bied of verwys die kliënt na 'n ander maatskaplike werker, program of profesie (Bogo, 2006:170). Dit plaas die klem op die samewerkingsooreenkoms tussen die maatskaplike werker en die kliënt.

Daar word dus in hierdie navorsing na *assessering* verwys wanneer 'n onderhoud met die kind, ouer of ander belanghebbendes gevoer word. Hierdie onderhoud sluit verskillende tegnieke, vaardighede en hulpmiddels in om die oorsaak-gevolg-spiraaleffek van die kind se gewig (soos in hoofstuk 4 beskryf) in sy alledaagse bestaan en funksionering te ontgin. Vanuit die assessering word 'n hulpverleningsplan aan die hand van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind se spesifieke behoeftes saamgestel.

- **Children's Act 38 of 2005 as amended**

Die volgende definisies het betrekking op die rol van die maatskaplike werker tot die toetrede in die kind se omstandighede ten opsigte van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram.

Subartikel 1 van die Children's Act 38 of 2005 as amended, se woordomskrifings lui soos volg:

misbruik ("abuse") met betrekking tot 'n kind, enige vorm van leed of mishandeling wat doelbewus toegedien is aan 'n kind, en sluit in –

- (a) *assaulting a child or inflicting any other form of deliberate injury to a child;*
- (c) *bullying by another child;*
- (e) *exposing or subjecting a child to behaviour that may harm the child psychologically or emotionally.*

sorg ("care") met betrekking tot 'n kind, sluit in, waar toepaslik –

- (a) (ii) *living conditions that are conducive to the child's health, well-being and development.*
- (b) *Safeguarding and promoting the well-being of the child;*

- (c) *Protecting the child from maltreatment, abuse, neglect, degradation, discrimination, exploitation and any other physical, emotional or moral harm or hazards;*
- (f) *guiding, advising and assisting the child in decisions to be taken by the child in a manner appropriate to the child's age, maturity and stage of development;*
- (g) *guiding the behaviour of the child in a humane manner;*
- (j) *generally, ensuring that the best interests of the child is the paramount concern in all matters affecting the child;*

verwaarlosing (“neglect”) met betrekking tot 'n kind

a failure in the exercise of parental responsibilities to provide for the child's basic physical, intellectual, emotional or social needs.

Die oogmerke van die Children's Act 38 of 2005 as amended, subartikel 2, soos op hierdie navorsing van toepassing:

Die oogmerke van hierdie Wet is –

- (a) *to promote the preservation and strengthening of families;*
- (b) *to give effect to the following constitutional rights of children, namely-*
 - (iii) *protection from maltreatment, neglect, abuse or degradation; and*
 - (iv) *that the best interests of a child are of paramount importance in every matter concerning the child;*
- (f) *to protect children from discrimination, exploitation and any other physical, emotional or moral harm or hazards;*
- (i) *generally, to promote the protection, development and well-being of children.*

Subartikel 9 van die Children's Act 38 of 2005 as amended stel die volgende:

Beste belange van kind allesoorheersend. *'Best interests of child paramount'* (Children's Act 38 of 2005 as amended, s9) - *In all matters concerning the care, protection and well-being of a child the standard that the child's best interest is of paramount importance, must be applied.*

Vanuit bogenoemde uittreksels en die literatuurondersoek word daar dus afgelei dat oorgewig of vetsug op verskeie wyses die beste belang van die kind negatief kan raak. Die maatskaplike werker, as toepasser van die Children's Act 38 of 2005 as amended, moet dus die beste belang van die kind altyd vooropstel (subartikel 7 en 9). Voorkoming of uit die wegruiming van verwaarlosing word in die Wet vervat en as die maatskaplike werker se taak en plig uiteengesit. Subartikel 2 en 9 bepaal verder dat indien die ouer toelaat dat die kind oorgewig of vetsugtig word, dit nie in die beste belang van die kind is nie en kan dit as verwaarlosing gereken word. Die kind kan ook deur mede-leerders fisiek of emosioneel geboelie word as gevolg van sy gewig, wat ook in hierdie Wet hanteer moet word. Dit is dus die taak van die maatskaplike werker as toepasser van die Wet om aandag aan kinders te gee wat oorgewig of vetsugtig is. In versuim om die kind se beste belang voorop te stel, kan dit in uiterste gevalle gesien word dat die maatskaplike werker nie die Wet nakom nie soos wat dit ook die geval in terme van verwaarlosing is.

1.9 Navorsingsmetodologie

Die volgende afdelings sluit die literatuurondersoek en empiriese navorsing in.

1.9.1 Literatuurondersoek

Die literatuurstudie het vanuit nasionale en internasionale bronne geskied en het 'n in-diepte kennis en insig tot die onderwerp gebied. 'n Omvattende literatuurstudie (Fouché & De Vos, 2011:92-93) is gedoen om die voorkoms, oorsaaklike faktore asook die fisiese, emosionele en psigososiale gevolge van oorgewig of vetsug by die kind uit te wys. Die literatuur is nagegaan om die fisiese, emosionele en psigososiale asook ander behoeftes en/of probleme van die kind vas te stel. Moontlike bestaande programme vir die hantering van oorgewig of vetsug is nagegaan en sodoende is 'n volledige oorsig van die fenomeen bekom. Die rol van die maatskaplike werker by die hantering van hierdie fenomeen, is ook nagevors (kyk par. 3.8). Die bronne wat vir laasgenoemde doel geraadpleeg is, sluit akademiese boeke en tydskrifte in, asook proefskrifte en verhandelings van beide Suid-Afrikaanse en buitelandse oorsprong in. Verder is toepaslike bronne op die internet en literatuur vanuit aanverwante terreine soos die mediese veld, dieetkunde, sielkunde, verpleegkunde, rekreasie en sportwetenskap geraadpleeg.

Die volgende databasisse is in laasgenoemde verband geraadpleeg: Katalogus – Ferdinand Postma Biblioteek, NWU; Nexus; SABINET; Pubmed; ScienceDirect – Elsevier; SA Media – The University of the Free State; Google Scholar en Pediatrics. Vanuit die literatuurstudie is aspekte vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geïdentifiseer.

1.9.2 Empiriese navorsing

Volgens Creswell (2014:17-18) dra 'n wêreldsiening, strategieë en metodes by tot die navorsingsontwerp wat kwantitatief, kwalitatief of 'n gemengde metode kan wees. Hierdie navorsing sluit by dié opmerking aan en maak gebruik van die **kwalitatiewe navorsingsontwerp**. Die sensitiewe konstrakte van vetsug en oorgewig se uitdagings moes verken en verstaan word. Kwalitatiewe navorsing word gebruik om onderwerpe te verken en te verstaan as die veranderlikes en die teoretiese basis onbekend is, eerder as die verklaring van die onderwerp (Creswell, 2009:98; Fouché & Schurink, 2011:308). Kinders wat oorgewig of vetsugtig is, word maklik gestigmatiseer (Gray *et al.*, 2009:720). Die beleving wat elkeen het, sal van een kind na 'n ander verskil en so ook die beleving van die ouers van die kinders. Ander professies wat aandag aan die fenomeen gee se hantering en beleving kan ook verskil. Kwalitatiewe navorsing hou, volgens Grinnell (1997:107), verband met 'n ondersoek na die subjektiewe betekenis van mense of groepe wat deel vorm van die verskynsel wat ondersoek word. Kwalitatiewe navorsing word deur Babbie en Mouton (2012:270) beskryf as die studie van mense in hul natuurlike omgewing soos wat hul gedrag tydens hul daaglikse bestaan na vore kom.

Die motivering met die gebruik van kwalitatiewe navorsing vir hierdie navorsing is:

- dat daar nie veel navorsing oor die holistiese en gesamentlike hantering van die behoeftes en/of probleme by kinders wat met oorgewig of vetsug leef en beleving van die fenomeen is nie, daarom moet hierdie fenomeen verken word; en
- om die sensitiewe aard van oorgewig of vetsug by kinders, hulle gesinne en ander professies wat aandag aan die fenomeen gee, se hantering en ervaring daarvan te verstaan.

1.9.2.1 Navorsingsontwerp

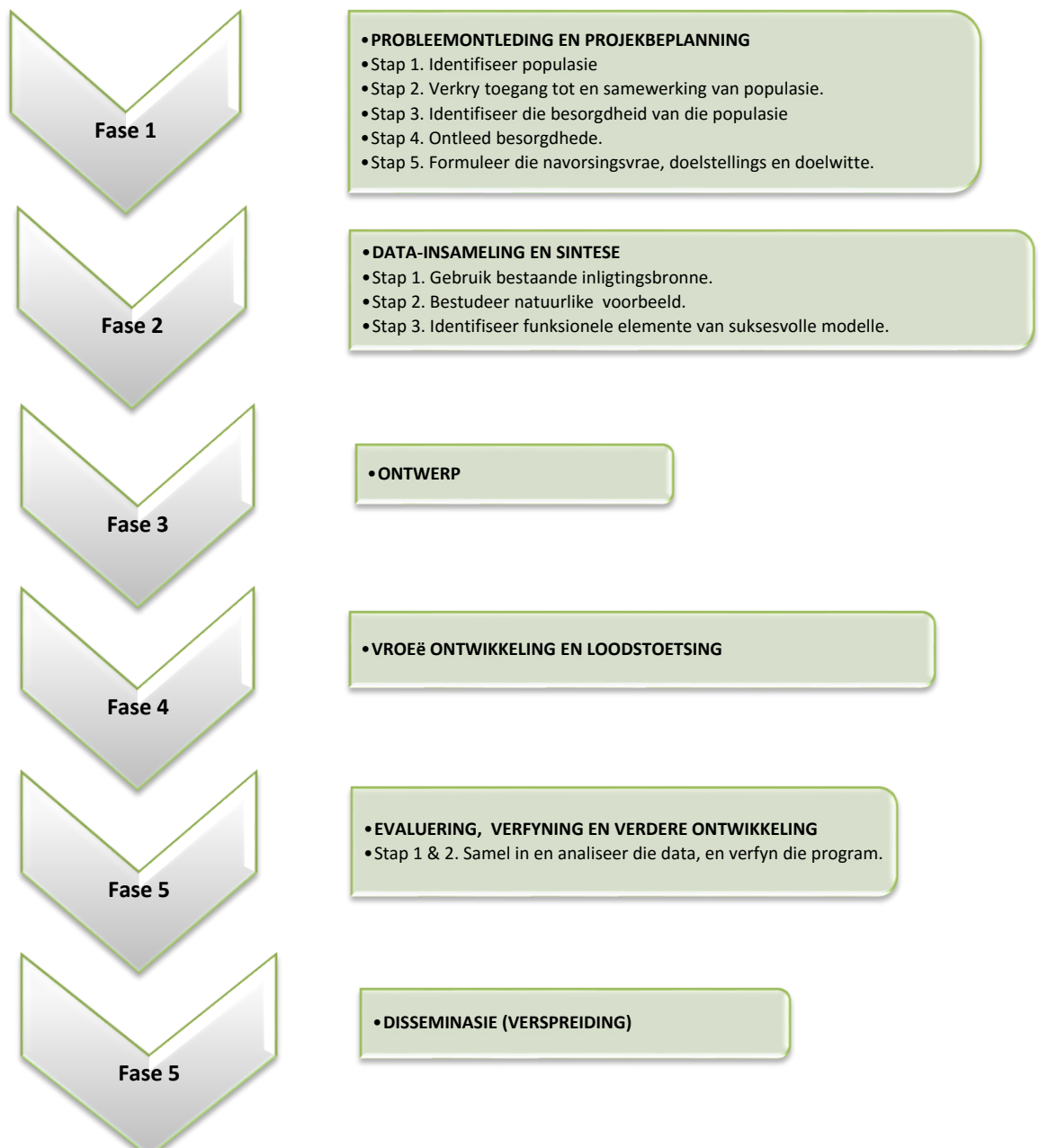
Soos gemeld, word die metode van data-insameling en data-ontleding begrond vanuit die kwalitatiewe navorsingsbenadering. Die navorsingsontwerp val ook binne die **fenomenologie**. Die studie van fenomenologie verwys na 'n persoon se siening en die essensie van die menslik-geleefde ervaring en belewing van 'n fenomeen (Creswell, 2014:14; Delport, Fouché & Schurink, 2011:305; Leedy & Ormond, 2005:139). In hierdie navorsing word die siening, ervaring en belewing van ouers en kundiges aangewend om die middelkinderjare kind, wat met oorgewig of vetsug leef, te ondersteun. Die beperkte inligting oor die onderwerp, naamlik die invloed van oorgewig of vetsug op die kind in sy middelkinderjare, en waar 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram saamgestel word, vereis dat 'n **verkennende ontwerp** aangewend word. Die doel van verkennende ontwerp is om 'n diepgaande begrip van 'n situasie, fenomeen, gemeenskap of persoon te verkry (Bless, Higson-Smith & Kagee, 2006:47).

Verder is die doel van maatskaplike werk om dienslewingspraktyk te verbeter en daarom word innoverende intervensie ondersoek, ten einde nuwe tegnologie te skep (Rothman & Thomas, 1994:4). Die **intervensiemodel** het voortgevloei uit die samewerking tussen Rothman met die DR&U-model (Developmental Research and Utilization) en Thomas met die Social R&D-model (Social Research and Development) (Fraser & Galinsky, 2010:460; Gilgun & Sands, 2012:350; Strydom, Steyn & Strydom, 2007:331). Die behoefte om nuwe intervensies binne die geesteswetenskappe te skep, het bestaan en aanleiding gegee tot die ontwikkeling van intervensienavorsing.

Volgens Gilgun en Sands (2012:349) word intervensienavorsing gedefinieer as: "Research that involves the development and testing of practice models, descriptions of change processes, and the application of models of practice to new populations and contexts." Hierdie stelling word deur Fraser, Richman, Galinsky en Day (2009:4-6) bevestig deurdat hierdie navorsers intervensie verder as opsetlike veranderingstrategieë beskryf. Vir die doel van hierdie navorsing is daar gebruik gemaak van die intervensiemodel. Intervensie het ten doel om nuwe metodes te ontwikkel wat aansluit by die doel van hierdie navorsing. De Vos en Strydom (2011b:475) verklaar dat intervensienavorsing gerig is op die praktiese

toepassing van maatskaplike werk en dit word sodanig in hierdie navorsing toegepas. Die intervensiemodel word as die mees geskikte model beskou aangesien die navorsingsdoel hierdeur bereik kan word.

Die intervensiemodel bestaan volgens De Vos en Strydom (2011b:476), Fraser (2004:210), Fraser *et al.* (2009:29-33), asook Fraser en Galinsky (2010:462-464) uit die volgende ses fases, naamlik: probleemontleding en projekbeplanning; data-insameling en sintese; ontwerp; vroeë ontwerp en loodsstudie; evaluering van gevorderde ontwikkeling; asook ontleding en disseminasie. Hierdie navorsing maak egter net gebruik van vyf fases. Die vroeë ontwikkelings- en loodstoetsingfase word nie ingesluit nie aangesien dit nie deel van die navorsing vorm nie. Die volgende figuur is 'n grafiese voorstelling van die proses van hierdie navorsing aan die hand van die intervensienavorsing.



Figuur 1.1: Fases van die intervensienavorsingsproses

(na aanleiding van model uit De Vos & Strydom, 2011b:476)

Hierdie navorsing het binne fases die geleentheid tot intervensie geskep. Met behulp van hierdie ontwerp het die navorser gepoog om sistematies binne die fases van die intervensienavorsing 'n doelgerigte, omvattende holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel. Die onderskeie intervensiefases en die stappe binne die fases word vervolgens uiteengesit.

1.9.2.2 Navorsingsproses

Die navorsingsproses word aan die hand van die verskeie fases van die intervensienavorsing, soos in Figuur 1.1 aangetoon, weergegee.

1.9.2.2.1 Fase 1: Probleemontleding en projekbeplanning

Die reeks stappe van Fase 1 in die intervensiemodel (De Vos & Strydom, 2011b:477; Fawcett, Suarez-Balcazar, Balcazar, White, Paine, Blanchard & Embree, 1994:27-31; Fraser *et al.*, 2009:29-30) bestaan uit die volgende: identifiseer populasie; verkry toegang tot die samewerking van die populasie; identifiseer die besorgdheid van die populasie; ontleed die besorgdheid van die populasie en formuleer relevante navorsingsdoelstellings en -doelwitte. In hierdie navorsing is daar twee populasiegroepe geïdentifiseer, naamlik die ouers en kundiges. Fase 1 se stappe word vervolgens bespreek.

Stap 1: Identifisering van die populasie vir deelname aan navorsing

In hierdie stap is die betrokke populasie geïdentifiseer waarmee saamgewerk gaan word (De Vos & Strydom, 2011b:477-478). Volgens De Vos en Strydom (2011b:477-478) word die populasie gekies op grond daarvan dat hulle kwessies van aktuele of toekomstige belang, vir die kliënt (kind) self, of die navorser en vir die samelewing, mag wees. Die kind, alhoewel die onderwerp van die navorsing, word as 'n kwesbare groep beskou en daarom is hul nie direk by die navorsing betrek nie. Daar is besluit om op twee populasiegroepe te fokus, wat die naaste aan die kind beweeg of kennis van die fenomeen of kinderontwikkeling dra. Eerstens op die ouers, wat die leefwêreld van die middelkinderjare kind wat met oorgewig of vetsug leef, ken. Die tweede groep sluit kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug of op kinderontwikkeling in en wat ook die nodige ondervinding ten opsigte van die funksionering van die kind binne die alledaagse konteks het. Die navorsing het ten doel om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te ontwikkel en die ervaring en interpretasie van ouers en die kundiges van die fenomeen kan tot hierdie doel bydra. Beide hierdie groepe het oor die nodige ervaring en siening van die kind se beleving asook oor die verskynsel van oorgewig of vetsug of in kinderontwikkeling beskik.

Stap 2: Verkryging van toegang tot en samewerking van populasiegroepe

In hierdie stap gaan dit oor die gesprek met die aanvanklike sleutel-informante uit die twee populasiegroepe om die navorser te help verstaan wat moontlike deelnemers vir die navorsing kan bied en om die voordele vir die moontlike deelnemers uit te lig (De Vos & Strydom, 2011b:478). Die aanvanklike sleutel-informante het 'n dieetkundige, voedseladviseur, 'n biokinetikus, 'n kinderkinetikus en twee ouers ingesluit. Die navorser se bekommernisse is deur die geraadpleegde persone bevestig en die navorser is aangemoedig om die betrokke fenomeen te ondersoek (verwys na par. 4.8.2.1). Daar is voorgestel watter instellings of beheerrade die navorser moes nader om toestemming vir die uitvoer van die navorsing te kry (M. Buys van FEDSAS – Gauteng).

Stap 3: Identifisering van die besorgdhede uit die populasiegroepe

In hierdie stap is daar gefokus om moontlike besorgdhede, met behulp van die sleutel-informante, uit die populasiegroepe te identifiseer. Hierdie stap het ook ten doel gehad om te keer dat die intervensienavorser nie eksterne sienings van die probleem en moontlike oplossings projekteer nie (De Vos & Strydom, 2011b:478). Die grootste besorgdhede van die aanvanklike sleutel-informant van die populasiegroep, ouers, was die sensitiewe aard van die onderwerp. Ouers was veral sensitief dat hul kinders nie by die navorsing betrek moet word nie en dat vertroulike inligting nie bekend gemaak mag word nie. Die sleutel-informante van die populasiegroep, naamlik die kundiges, was van mening dat die kind, as kwesbare groep en weens die sensitiwiteit van die onderwerp, nie direk by die navorsing betrek moet word nie. Verder was 'n besorgdheid van die kundiges dat daar min kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug met kinders in hul middelkinderjare bestaan. 'n Ontleding van die besorgdhede van die populasiegroep, ouers en die kundiges word in die volgende stap onderneem.

Stap 4: Ontleding van besorgdhede

De Vos en Strydom (2011b:479) meen dat die vra van verskeie sleutelvrae die proses vir die ontleding van besorgdhede en probleme rig. Die vrae wat in hierdie fase gevra is, is ter voorbereiding van die intervensienavorsing en het op die besorgdhede van die sleutel-informante, soos in Stap 3 geïdentifiseer, gefokus. Teoreties-gesproke is die ideale situasie om direk met die ondersoekgroep te

werk. Weens die sleutel-informante, die ouers se bekommernis aangaande die sensitiviteit van die fenomeen en etiese aspekte is die kinders nie by die navorsing betrek nie (Greeff, 2016). Die moontlike negatiewe gevolge hiervan sal hanteer word deur die ouers wat in die naaste ekosisteem van die kind leef, te betrek. Kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug, asook kinderontwikkeling word ook by die navorsing ingesluit. Die navorsing is egter uitgevoer aan die hand van streng etiese voorskrifte wat ouers se besorgdheid oor anonimiteit ondervang het. 'n Verdere besorgdheid van kundiges dat daar min kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug met kinders in die middelkinderjare is, is hanteer deur die toepassing van maatstawwe, om te verseker dat die regte kundigheid betrek word. Die maatstawwe wat op kundiges toegepas is, is dat kundiges by wyse van hulle professionele affiliasie, ervaring op die gebied van oorgewig of vetsug (al dan net met volwassenes) of in kinderontwikkeling, en hul alledaagse beleving van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, geïdentifiseer en genader is om aan die navorsing deel te neem.

Stap 5: Formulering van die navorsingsvrae, -doelstelling en –doelwitte

Die finale stap in hierdie fase was om die navorsingsvrae, -doelstellings en -doelwitte te identifiseer (De Vos & Strydom, 2011b:479). Die finale navorsingsvrae, -doelstellings en –doelwitte word in parr. 1.2, 1.3 en 1.4 bespreek.

1.9.2.2.2 Fase 2: Data-insameling en sintese

Fase 2 van die intervensienavorsingsproses het die gebruik van bestaande inligtingbronne, die bestudering van natuurlike voorbeelde en die identifisering van funksionele aspekte van moontlike intervensies ingesluit. Die doel van die stappe was om seker te maak dat die wiel nie van vooraf uitgevind word nie (De Vos & Strydom, 2011b:480). (Vergelyk ook Fraser *et al.*, 2009:30; Fawcett *et al.*, 1994:31-33). Fase 2 met die onderskeie stappe van die intervensienavorsing word vervolgens bespreek.

Stap 1: Gebruik van bestaande inligtingsbronne

De Vos en Strydom (2011b:480) meld dat 'n literatuurontleding deel vorm van hierdie stap. Intervensienavorsing kyk verder as bloot die literatuur van die spesifieke veld. Dis is veral van toepassing op hierdie navorsing wat deur 'n

holistiese benadering ander professionele velde soos medies, dieetkunde, bio-kinetika, onderwys en sielkunde insluit. Die kind word nie net eendimensioneel beskou nie, maar op meer as een vlak, naamlik die fisiese, emosionele en psigososiale vlakke benader. Intervensienavorsing is die studie van ontdekking, maar ook die studie van integrasie van verskillende inligting en dissiplines (De Vos en Strydom 2011b:481).

Oorgewig of vetsug is dus 'n ingewikkelde verskynsel en al die moontlike oorsake en gevolge vir hierdie toestand is in die navorsing ondersoek om 'n begrip van die fenomeen te vorm. Die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug, word in die opvolgende Hoofstuk 2 hanteer ten opsigte van die genetiese oorsake (kyk par. 2.4.1), biologiese (kyk par. 2.4.2), psigososiale en omgewingsdeterminate (kyk par. 2.4.3) en emosionele en gedragsdeterminante (kyk par. 2.4.4). Die middelkinderjare kind word in Hoofstuk 3 bespreek, ten opsigte van die ontwikkeling van die kind (kyk par. 3.3), die beskrywing van die temperament (kyk par. 3.4), gehegtheid van die kind en ouer (kyk par. 3.5), die ouer se ouerskapstyl (kyk par. 3.6) en die trauma wat die kind kan beleef (kyk par. 3.7). Die rol van die maatskaplike werker in die hantering van hierdie fenomeen is ook bespreek (kyk par. 3.8). Daar bestaan verskeie programme vir die hantering van oorgewig of vetsug by kinders, maar dit word vanuit verskillende dissiplines gedoen en nie vanuit 'n holisties maatskaplikewerkperspektief nie, soos vroeër gemeld (kyk par. 1.1). Dit was egter raadsaam om 'n ontleding te maak van bestaande bronne om sodoende die sterkpunte vir behandeling en die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te identifiseer.

Stap 2: Bestudering van die natuurlike voorbeeld

Aangesien hierdie navorsing 'n nuwe benadering tot die hantering van oorgewig of vetsug vanuit 'n maatskaplike werk perspektief ondersteun, is die bestudering van die natuurlike voorbeeld van kritieke belang. 'n Bruikbare bron van inligting vir die navorser in die proses om 'n intervensie te ontwikkel, is om gemeenskapslede wat met dieselfde probleem gekonfronteer word, te bestudeer. Onderhoude met gemeenskapslede wat die probleem ervaar, soos die ouers of diegene met kennis van die probleem, soos byvoorbeeld die kundiges, kan insig verskaf oor watter intervensies moontlik suksesvol kan wees. Indien die navorser nie tevrede is met

die meer informele proses waar onderhoude met die sleutel-informante gevoer is nie, kan 'n meer formele proses gevolg word. In dié proses is daar ook gekyk of daar ander programme bestaan wat nie die nodige resultate gelewer het nie (De Vos & Strydom, 2011b:481). In hierdie navorsing is daar besluit om die sleutel-informante van die twee populasiegroepe, naamlik die ouers en die kundiges uit te brei. Vervolgens sal die proses van die twee groepe, naamlik die ouers van kinders wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef en kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug, asook kinderontwikkeling bespreek word. In die samestelling en hantering van die twee groepe is die besorgdhede van die twee groepe soos in die eerste fase geïdentifiseer is en etiese aspekte in ag geneem. Hierdie stap word in twee dele aangebied, naamlik eerstens die insameling van data en bestudering van die probleem, en tweedens die ontleding van die data volgens die twee groepe deelnemers, ouers en kundiges. Vervolgens word die insameling van die data om die natuurlike voorbeeld te bestudeer, bespreek.

Die data is ingesamel uit die onderhoude met die twee groepe, naamlik ouers en kundiges:

- **Die bestudering van die natuurlike voorbeeld, ouers van kinders wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef**

Die ouers is betrek aangesien hul die oorgewig- of vetsugprobleem op grond van hul besondere betrokkenheid by die kind in sy middelkinderjare wat met oorgewig of vetsugtig leef, ervaar (De Vos & Strydom, 2011b:481). Die insluitingskriteria vir deelname was dat die ouers 'n kind in die middelkinderjare stadium (ses tot 12 jaar) wat met oorgewig of vetsug leef, ten tye van die navorsing moes hê.

Om toegang tot die populasie te verkry, het die navorser aanvanklik van 'n doelgerigte steekproefmetode gebruik gemaak. Skole, mediese praktyke en ander kinderkinetikapraktyke in die Pretoria-gebied is geïdentifiseer om deelnemers vir die navorsing te werf. Al bogenoemde instellings het toegang tot kinders en hul ouers. 'n Doelgerigte steekproeftrekking (Strydom & Delpont, 2011:391-392) is in 'n skool gevolg, aangesien die reaksie van ouers op die navorsing getoets is. Die skoolhoof en die beheerliggaam van die betrokke skool het die nodige toestemming verleen dat 'n skrywe aan al die ouers van die betrokke skool beskikbaar gestel mag word (Addendum 10). 'n Inligtingsbrief van die navorsing is

in verseëde koeverte aan alle ouers van Graad R tot Graad 7 van die betrokke skool beskikbaar gestel (Addendum 11). Die briewe het die doel van die navorsing uiteengesit en kontakbesonderhede van die navorser was aangeheg. Ouers wat bereid was om vrywillig aan die navorsing deel te neem, het die navorser gekontak deur teksboodskappe of telefoniese bevestiging en verdere reëlins vir die onderhoude is getref.

Verder is 'n mediese praktyk en 'n kinderkinetikus in die Pretoria-gebied genader om aan pasiënte die inligting aangaande die navorsing beskikbaar te stel. Die navorser het die nodige toestemming van die onderskeie praktisyns verkry om inligtingsbriewe aan hul pasiënte en kliënte beskikbaar te stel (Addendum 12). Die praktisyns kon ook deur middel van gesprekvoering die ouer oor die navorsing wat beoog word in hierdie verband inlig en so die ouer van moontlike deelname bewus maak. Die ouers is dus by wyse van 'n inligtingsbrief uitgenooi om aan die navorsing deel te neem (Addendum 13). Die kinderkinetikus het veral aangedui dat baie van haar kliënte (kinders) se ouers juis oorgewig of vetsug by hul kinders as struikelblok ervaar. Ouers wat bereid was om vrywillig aan die navorsing deel te neem, het die navorser gekontak deur teksboodskappe of telefoniese bevestiging en verdere reëlins vir die onderhoude is getref. Hierdie ouers is dan verder op dieselfde wyse as die deelnemers van skole hanteer.

Data-insameling het plaasgevind deur semi-gestruktureerde onderhoude met 'n onderhoudskedule (Shaw & Gould, 2001:143-144) (Addendum 14) te voer. **Semi-gestruktureerde onderhoude** is veral toepaslik wanneer die navorser inligting van verskillende deelnemers wil verkry, terwyl 'n groter begrip terselfdertyd rondom elke individu se spesifieke persepsies, of geloof rondom 'n spesifieke onderwerp verkry word (Greeff, 2011:351-352; Miller & Crabtree, 1999:19). Volgens Greeff (2011:342) is die onderhoud 'n verhouding wat ontwerp is om inligting tussen die deelnemer en die navorser uit te ruil. Onderhoude is gevoer op 'n tyd en plek wat vir die ouer geleë was en geen onderhoude is in die teenwoordigheid van die kinders gedoen nie. Vrywillige, ingeligte toestemming om aan die navorsing deel te neem, is van die ouers verkry (Addendum 13). Toestemming om die gesprek elektronies op te neem, is voor die aanvang van die onderhoud verkry. Vertroulikheid en anonimiteit in hierdie verband is verseker en

enige skade aan die deelnemer is gedurende die onderhoude vermy (kyk parr. 1.10 en 4.9). Die inligtingsbrief wat aan die ouers beskikbaar gestel is, het onder andere die prosedure vir die meting van die kind se gewig en die bepaling van die kind se liggaamsmassa-indeks (LMI) uiteengesit. In hierdie navorsing is die Centers for Disease Control and Prevention se elektroniese LMI-berekening vir kinders en adolessente aangewend om sodoende berekeningsfoute wat tydens die gewigsklassifikasie mag voorkom, te voorkom (Centers for Disease Control and Prevention, 2016b). Die literatuurstudie en ervaring uit die praktyk is as basis vir die onderhoudskedule aangewend (Addendum 14). Oorgewig of vetsug is 'n uiters sensitiewe saak en is met omsigtigheid hanteer. Die navorser het aanvanklik aan die deelnemers die doel en werkswyse van die navorsing verduidelik en so is 'n atmosfeer van vertroue en veiligheid geskep. Die doel van die onderhoude met die ouers was om te bepaal wat die ouer/s se belewing en gesindheid teenoor die probleem is en om nuwe temas vir die ondersteuningsprogram te ontgin. Die eerste vraag van die semi-gestruktureerde onderhoudskedule is as 'n oop stelling gevra wat die onderhoud onmiddellik gerig het. Die skedule het verder as 'n riglyn vir die gesprek gedien. Die data wat deur hierdie deelnemers gegee is, is baie subjektief aangebied, maar hul eie ervarings en behoeftes het 'n besondere invloed op die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram uitgeoefen.

Die onderhoude met die eerste groep deelnemers, naamlik die ouers, het nie tot dataversadiging gelei nie, deurdat temas nie herhaal het nie (Guest, Bunce & Johnson, 2006:59-78). 'n Volgende fase het ontstaan, waar 'n sneeubalbenadering gevolg is deur van verwysings wat deur die aanvanklike deelnemers gegee is, gebruik te maak (Emerson, 2015:166; Strydom & Delport, 2011:393). Hierdie benadering het veral effektief gewerk weens die sensitiewe aard van die betrokke navorsing. Die deelnemers aan die navorsing is sodoende uitgebrei na ander gebiede buite Pretoria in Gauteng. Alhoewel die doel van hierdie navorsing nie was om die voorkoms van oorgewig of vetsug in 'n spesifieke gebied te meet nie, maar om algemene temas en subtemas vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat met oorgewig of vetsug leef, te identifiseer, is die navorsing in die Gauteng Provinsie onderneem. Gauteng het die digste populasie in Suid-Afrika met die meeste huishoudings. Hierdie provinsie is ook die

provinsie wat die vinnigste groei met 19,3% van gesinne in Suid-Afrika in 1996 en 23,7% in 2011 wat verskeie maatskaplike uitdagings en probleme meebring (Statistiek Suid-Afrika, 2012:14). Deelnemers het uit die Ekurhuleni en Tshwane Metropolitaanse Munisipaliteite voorgekom en is ook die munisipaliteite met die meeste lede per huishouding (Statistiek Suid-Afrika, 2009:1-22; Statistiek Suid-Afrika, 2012:42,62-65).

Die verwysende ouers het die ouers wat in die sneeubalbenadering betrek is van die navorsing vertel. Die verwysende ouer het aan die navorser die betrokke ouer se kontakbesonderhede verskaf. Die navorser het die ouer gekontak en die inligting van die navorsing is aan die ouer beskikbaar gestel. Indien die ouer bereid was om aan die navorsing deel te neem, is die ouers op dieselfde wyse tydens data-insameling as in die doelgerigte fase hanteer. Al die ouers wat aangetoon het dat hul aan die navorsing wil deelneem, is betrek. Data-insameling deur die onderhoude het voortgeduur tot 'n stadium van versadiging van inligting bereik is waar temas herhaal het (Guest *et al.*, 2006:59-78). Guest *et al.* (2006:78-79) wys dat ses tot twaalf onderhoude voldoende is om die gewenste doelwit vir navorsing te bekom. In hierdie navorsing is onderhoude met tien ouers gevoer tot dataversadiging bereik is. Na afloop van die onderhoud is die gesprek getranskribeer en deur 'n onafhanklike navorsingskonsultant volgens die tematiese data-ontleding verwerk. Die ingesamelde data dien saam met die literatuur-ondersoek as die basis vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteunings-program.

- **Die bestudering van die natuurlike voorbeeld, kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug of kinderontwikkeling**

Daar is gepoog om kundiges van Suid-Afrika, die VSA en Australië by die navorsing te betrek. Die kundiges is by wyse van hulle professionele affiliasie, ervaring op die gebied van oorgewig of vetsug of in kinderontwikkeling en hul alledaagse belewing van die kind wat leef met oorgewig of vetsug, geïdentifiseer en genader om aan die navorsing deel te neem. Die kundiges is aanvanklik op grond van toepaslike publikasies geïdentifiseer. Dit is opgevolg deur die sneeubalbenadering waar die navorser deur kundiges na ander kundiges verwys het (Emerson, 2015:166; Strydom & Delpont, 2011:393) met die oog op die

insluiting van die persone wat kundigheid kon bied om 'n holistiese perspektief op die fenomeen te kry. Kundiges het verwysings gedoen op grond van die identifisering van kundiges se hantering van die fenomeen in hul eie veld of in ander velde. Daar is eerstens bepaal of die kundige bereid is om aan die navorsing deel te neem en dan is 'n afspraak geskeduleer (Addendum 15). Veertien (14) kundiges van Suid-Afrika is by die navorsing betrek.

Ten opsigte van die betrokkenheid van die kundiges vanuit die VSA en Australië, is dit belangrik om te noem dat beide hierdie lande verskeie programme en persone het wat in hierdie fenomeen spesialiseer. Aanvanklik is gepoog om internasionale kundiges deur die doelgerigte steekproeftrekking vanuit die navorser se praktyk en netwerke te identifiseer, asook volgens relevante publikasies en soektogte op die internet. Hierdie kundiges het onder andere 'n mediese dokter, 'n maatskaplike werker en 'n sielkundige ingesluit. Die kundige van Australië is deur 'n verwysing in Suid-Afrika geïdentifiseer. Kontak met die kundiges is deur middel van e-pos gemaak (Addendum 15). Slegs die kundige van Australië, 'n mediese dokter wat vanuit sy privaat praktyk met oorgewig of vetsugtige pasiënte werk, het aangetoon dat hy bereid was om aan die navorsing deel te neem. Die inligtingsbrief en toestemmingsbrief is aan die deelnemer per e-pos gestuur, waarna 'n onderhoud geskeduleer is. Die ander potensiële buitelandse deelnemers het óf aangetoon dat hul nie bereid was om aan die navorsing deel te neem nie óf hul het nie op die e-pos gereageer nie. Na verskeie pogings is daar geen kundiges in die VSA gevind wat bereid was om aan die navorsing deel te neem nie, maar van hierdie kundiges se kennis is wel deur middel van hul publikasies in die navorsing verwerk. Die een (1) deelnemer van Australië was baie tegemoetkomend en het 'n telefoniese onderhoud, vroeëand (Australië-tyd) toegestaan aangesien daar 'n agt ure tydsverskil is en die deelnemer nie gedurende die dag weens praktykverantwoordelikhede beskikbaar was nie.

In Tabel 1.1 word die professies wat in die navorsing betrek is en die aard van hul bevoegdhede, uiteengesit. Die insluiting van verskeie professies bied 'n wye siening rondom die tekortkominge en positiewe hanteringstrategieë en programme van elke profesie, asook hul alledaagse hantering van die fenomeen. Die temas

vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kon op hierdie wyse deur die wye siening van die verskeie professies versamel word.

Tabel 1.1: Kundiges as deelnemers en hul onderskeie professies

Professie	Kundigheid
Mediese dokter – Australië	Bied ondersteuning aan oorgewig of vetsugtige volwassenes en kinders vanuit praktyk. Betrokke by 'n dieetkliniek vir 'n aantal jare en het vetsugkursusse en internasionale kongresse van oorgewig of vetsug bygewoon.
Mediese dokter – Suid-Afrika	Die kundige toon ervaring in die mediese veld ten opsigte van oorgewig of vetsug. Sy betrokkeheid by gewigsverlieschirurgie en sy samewerking met dieetkundiges het gelei tot die skryf van 'n populêre boek.
Mediese dokter – Suid-Afrika	Die mediese dokter onderskryf 'n gewigsverliesprogram vanuit die mediese praktyk.
Mediese dokter – Suid-Afrika	Algemene praktisyn
Dieetkundige	Werkzaam by 'n tersiêre akademiese instelling. 'n Doktorale graad in dieetkunde is verwerf. Verskeie wetenskaplike artikels aangaande voeding is gepubliseer.
Dieetkundige	Betrokke by 'n dieetkundige praktyk. Bied die Smart Eat-program by skole en kleuterskole aan.
Dieetkundige	Betrokke by 'n dieetkundige praktyk.
Voedseladviseur	Privaat praktisyn en bied kursusse vir die algemene publiek aan.
Biokinetikus	Werkzaam aan 'n tersiêre akademiese instelling. Het 'n doktorsgraad in Biokinetika verwerf. Verskeie wetenskaplike artikels aangaande die kind se oorgewig of vetsug in die betrokke veld gepubliseer.
Kinderkinetikus	Werkzaam in 'n privaat praktyk en by verskeie skole betrokke. Het 'n meestersgraad in Kinderkinetika verwerf.
Sielkundige	Betrokke in 'n privaat praktyk en een van die spesialisingsvelde is oorgewig of vetsug.
Maatskaplike werker	Betrokke in 'n privaat praktyk.
Maatskaplike werker	Betrokke in 'n privaat praktyk met spesialisering in kinderverterapie. Het 'n meestersgraad in Speltherapie verwerf.
Onderwyser	Departementshoof – Seniorfase Het 'n meestersgraad in Onderwys verwerf en het meer as 15

Professie	Kundigheid
	jaar ondervinding.
Onderwyser	Departementshoof – Juniorfase Meestersgraad in Onderwys, asook 'n BA-graad in Maatskaplike Werk

Onderhoude met kundiges van Suid-Afrika en Australië is aan die hand van 'n **semi-gestruktureerde onderhoud met 'n onderhoudskedule** gevoer (kyk Addendum 16). Onderhoude is met die onderskeie kundiges volgens hul voorkeur van tyd en plek geskeduleer. Vrywillige, ingeligte toestemming is van die kundiges as deelnemers verkry (Addendum 15) en die navorser het by die aanvang van die onderhoud toestemming bekom om die gesprek elektronies op te neem. Die kundiges se siening aangaande die probleem en hoe hierdie probleem die kind in sy algemene funksionering, emosioneel, fisies, psigososiaal en akademies beïnvloed, is verkry. Onderhoude is op 'n een-tot-een-basis met die deelnemers gevoer. Sommige deelnemers het wel telefoniese onderhoude verkies. Dit was grootliks as gevolg van die afstand tussen die navorser en kundiges, of as gevolg van beperkte tyd tot die kundiges se beskikking. Die semi-gestruktureerde onderhoudskedule is aangepas na gelang van die kundige se professionele veld en/of die beskikbare tyd van die deelnemer. Daar is ook voorsiening gemaak vir 'n Engelse weergawe van die toestemmingsbrief en semi-gestruktureerde onderhoudskedule (kyk Addendum 17 en 18). Data aangaande die wyse waarop die kundiges die probleem hanteer, die tekortkominge en positiewe aspekte van hul onderskeie programme/behandeling/werkswyse, is verkry. Die mate van samewerking en ondersteuning tussen die verskeie professies is ondersoek. Data-insameling deur middel van onderhoude is met veertien (14) Suid-Afrikaanse en een (1) internasionale kundige van Australië gevoer tot 'n stadium van versadiging van inligting bereik is waar temas herhaal het (Guest *et al.*, 2006:59-78). Onderhoude is vir die doel van transkribering opgeneem. Na afloop van die onderhoud is die data getranskribeer en deur 'n onafhanklike navorsingskonsultant volgens die tematiese data-ontleding verwerk.

Vervolgens word die ontleding van die data afkomstig van die bestudering van die natuurlike voorbeeld, naamlik ouers en kundiges bespreek.

Die verwerking van die data is by wyse van selektering en samevoeging hanteer om sinteses te vorm om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel. Die data is aan die hand van Tesch's (Poggenpoel, 1998:343-344; Schurink, Fouché & De Vos, 2011:405-409) se benadering verwerk, wat ook aansluit by Braun en Clarke (2006:86-93) se tematiese ontleding van data. Die navorser het met die hulp van 'n navorsingskonsultant die ontleding van die temas vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram verkry. Die stappe van die tematiese data-ontleding word in Tabel 1.2 soos volg weergegee (Braun & Clarke, 2006:86-93; Poggenpoel, 1998:343-344; Schurink *et al.*, 2011:405-409):

Tabel 1.2: Fases van die tematiese data-ontleding

Fase van data-ontleding	Beskrywing van die proses
1. Raak vertrouwd met die data	Die data is getranskribeer. Die navorser het aanvanklik, ten einde 'n geheelbeeld te verkry, aandagtig en versigtig deur al die transkriberings ge lees. Aanvanklike gedagtes van die data is neergeskryf.
2. Genereer aanvanklike kodes	Die navorser het een onderhoud geselekteer, naamlik die eerste onderhoud. Die navorser het vroe gevra soos: 'Waaroor handel hierdie alles?' en aan die onderliggende betekenis gedink. Dit wat by die navorser opgekom het, is in die kantlyn geskryf. Hieruit het die eerste fase van kodeformulering plaasgevind. 'n Lys van al die kodes is gemaak en in kolomme van die verskeie temas, soos uit die literatuurondersoek, semi-gestruktureerde onderhoudskedule en die navorsingsdoelstellings verkry is, geplaas. Ekstra kodes is in 'n aparte kolom geplaas. Die navorsingskonsultant is in hierdie fase vir verdere hulp betrek.
3. Bepaal die temas	Die lys van kodes is geneem en terug na die data gekeer. Die onderwerpe is gekodeer en langs die toepaslike gedeeltes ingeskryf. Die data is op 'n logiese wyse ontleed om temas en subtemas te vind.
4. Hersiening van die temas	Beide die navorser en navorsingskonsultant het temas en subtemas gevind en volgens die tematiese skema wat opgestel is, saamgevoeg (Braun & Clarke, 2006:89-91).

Fase van data-ontleding	Beskrywing van die proses
5. Definieer en benoem die temas	Die navorser en die navorsingskonsultant het die mees beskrywende bewoording vir elke tema gevind en die kategorieë verander/verminder, deur onderwerpe wat verwant is, saam te groepeer. Verbande is tussen onderwerpe getrek.
6. Stel die verslag saam	Die navorser en die navorsingskonsultant het 'n finale besluit met betrekking tot elke kategorie geneem en die rangskikking van die temas het plaasgevind. Die data is op 'n sinvolle, logiese wyse in die verslag weergegee. Die verwerkte data is daarna met behulp van die literatuurondersoek bevestig of weerlê. Die temas en subtemas van die verwerkte data dien as riglyn vir die verfyning van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Daar word beoog om artikels te skryf wat voorgelê sal word vir publikasie in geakkrediteerde joernale en voordragte by konferensies, sal gedoen word. Daar sal verder gepoog word om die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te omskep in 'n lesersvriendelike handleiding wat deur maatskaplike werkers en ander professies gebruik kan word.

Die kwalitatiewe bevindings van die temas en subtemas van die ingesamelde data word in par. 4.10 weergegee en bespreek.

Stap 3: Identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle

Deur bestaande suksesvolle en onsuksesvolle programme te bestudeer, is potensiële bruikbare elemente vir intervensie geïdentifiseer (De Vos & Strydom, 2011b:481-482). Die wetenskaplike literatuur en data vanaf die kundiges is aangewend om bestaande programme te analiseer. Beide hierdie bronne van inligting was veral van groot waarde om die funksionele en disfunksionele elemente van bestaande modelle te identifiseer. Deelnemers het die noodsaaklikheid en die betrokkenheid van die maatskaplike werker in die hantering van oorgewig of vetsug benadruk. Die betrokkenheid van die maatskaplike werker vanuit die ekosistemiese benadering word nie in bestaande programme weergegee nie. In Hoofstuk 4 (verwys par. 4.10) word die inhoud en betrokke elemente wat

teenwoordig moet wees in 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram, soos deur die deelnemers en vanuit die literatuurstudie geïdentifiseer, weergegee.

1.9.2.2.3 Fase 3: Ontwerp

Hierdie fase van intervensienavorsing bestaan uit twee stappe, naamlik die ontwerp van 'n waarnemingsstelsel en die spesifisering van die gebruikspasies van die intervensie (De Vos & Strydom, 2011b:482-483; Fawcett *et al.*, 1994:33-36). Alhoewel Fawcett *et al.* (1994:34) 'n aparte fase, naamlik ontwerp wat fokus op die waarnemingsstelsel en spesifieke prosedurele elemente vir intervensie voorstel, dui De Vos en Strydom (2011b:483) aan dat hierdie stap nie deur alle navorsers nagevolg word nie. In hierdie navorsing word daar in Fase 3 gefokus op die ontwerp van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Hierdie program word volledig in Hoofstuk 5 bespreek. Die program word volgens die ekosisteme waarbinne die kind funksioneer, wat die kindsistelsel, ouers-en-gesinsistelsel, vriende-en-skoolsistelsel en die omgewing as stelsel, weergegee. Die onderskeie hoofemas en subemas (verwys na par. 4.10), wat deur die deelnemers geïdentifiseer is, is in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgeneem. Die holistiese spanbenadering word in die program weergegee met maontlike intervensies vir die kind en die betrokke stelsel.

1.9.2.2.4 Fase 4: Vroeë ontwikkeling en loodstoetsing

Die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is reeds in Fase 3 onderneem en gaan nie op 'n toetsbasis geïmplementeer en getoets word nie. Die kind is deel van die kwesbare groep en daarom word die kind nie aan 'n loodstoetsing onderwerp nie. Verdere evaluering, verfyning en ontwikkeling sal wel in Fase 5 gedoen word.

1.9.2.2.5 Fase 5: Evaluasie, verfyning en verdere ontwikkeling

Hierdie fase bevat twee stappe wat op hierdie intervensie van toepassing is, naamlik insameling en ontleding van data asook die verfyning van die intervensie (De Vos & Strydom, 2011b:486; Fawcett *et al.*, 1994:37-39). Vir die doel van hierdie navorsing word die twee stappe in een weergegee.

Stap 1 & 2: Insameling en ontleding van die data, asook die verfyning van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die voorgestelde program is aan die kundiges vir kommentaar voorgelê. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is aan al die kundiges as deelnemers per e-pos gestuur en hul betrokke professie se insette is verkry. Die kommentaar is ontleed en bykomende onderwerpe of temas wat deur die kundiges uitgewys is, is in die verfyning van die program gebruik. Die kundiges het verskeie positiewe en negatiewe elemente van die intervensie uitgewys en was van mening dat die intervensie in verdere navorsing in die praktyk getoets moet word. Hulle het verder die leemte van die navorsing uitgewys dat daar nie direk met die kinders onderhoude gevoer is nie. Die kind is egter deel van die kwesbare groep en word dus weens etiese redes nie by die navorsing betrek nie (Greeff, 2016). Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet verder sistematies en lesersvriendelik aangebied word. Die beperkings en aanbevelings van die navorsing word wel in parr. 6.4 en 6.5 weergegee.

1.9.2.2.6 Fase 6: Disseminasie (Verspreiding)

Die disseminasiefase van intervensienavorsing bestaan uit vyf stappe, naamlik: berei die produk voor vir disseminasie; kies 'n produknaam; stel 'n prys vas; en bied ondersteuning aan gebruikers (De Vos & Strydom, 2011b:487; Fawcett *et al.*, 1994:39-43; Fraser *et al.*, 2009:33). Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is in hierdie fase vir disseminasie voorberei. Die navorser beoog om artikels te skryf wat voorgelê sal word vir publikasie in geakkrediteerde joernale en voordragte by konferensies. Disseminasie sal ook verder geskied deur aandag aan die volgende aspekte te gee: Die identifisering van 'n potensiële mark vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram en om die behoefte aan hierdie intervensie te kommunikeer. Daar sal gepoog word om die voorgestelde holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te omskep in 'n lesersvriendelike handleiding wat deur maatskaplike werkers en ander professies gebruik kan word. Tegnologiese ondersteuning deur 'n webwerfprogram aan professionele gebruikers en ouers word in die vooruitsig gestel.

1.10 Etiese aspekte

In navorsing is dit van kardinale belang dat die etiese kwessies reg en met integriteit hanteer word. Die volgende kwessies is van belang:

Tabel 1.3: Standaard, strategieë en toegepaste kriteria om betroubaarheid en geloofwaardigheid te verseker

EPISTEMOLOGIESE STANDAARDE	STRATEGIEË	TOEPASSING
Geloofwaardige waardes (Denzin & Lincoln, 2013:27-28)	Kredietwaardigheid kan gedefinieer word as: die omvang van die data, data-ontleding en samevatting en gevolgtrekkings is geloofwaardig en betroubaar (McMillan, 2011:277). Die doel is om te demonstreeer dat die navorsing op 'n manier uitgevoer is om te verseker dat die fenomeen wat nagevors word akkuraat geïdentifiseer en beskryf word (Schurink <i>et al.</i> , 2011:419).	Die navorser het ten alle tye daarna gestreef om die fenomeen akkuraat te identifiseer en te beskryf. Notas is geneem en die onderhoude is ook opgeneem. Onderhoude is direk na die tyd getranskribeer sodat die data betroubaar is en die geloofwaardigheid van die data nie skade ly nie.
Konsekwentheid/ Betroubaarheid (Denzin & Lincoln, 2013:27-28)	Betroubaarheid word deur McMillan (2011:278) beskryf as: "Reliability is the extent to which what is recorded as data is what actually occurred in the setting that was studied". Hierdie maatstaf stel voor dat die data reëlmatigheid verseker. Dit beteken dat die bevindinge moet volhoubaar wees sodat die navorsing indien nodig herhaal kan word met dieselfde onderwerp of in dieselfde omstandigheid (Schurink <i>et al.</i> , 2011:419).	Gedurende die navorsing is die prosedures in fyn besonderhede beskryf om te verseker dat die navorsing herhaal kan word. Tog moet daar in gedagte gehou word dat omstandighede en interpretasie van individue kan verskil en dat elke situasie uniek is. Die verskillende kulture sien oorgewig of vetsug verskillend. Dit beteken dat al is die navorsing herhaalbaar, moet dit voldoen en aanpas na individuele behoeftes binne die sosiale konteks.
Oordraagbaarheid (Denzin & Lincoln, 2013:27-28)	Oordraagbaarheid is die oordrag van een stel bevindinge na 'n ander konteks en is die alternatief na eksterne waar-	Die seleksie van die steekproef is duidelik beskryf. Data-versadiging het gekom van die bronne in die navorsing, naamlik

EPISTEMOLOGIESE STANDAARDE	STRATEGIEË	TOEPASSING
	dasie en veralgemening (Schurink <i>et al.</i> , 2011:420). Lincoln and Guba (soos aangehaal deur Schurink <i>et al.</i> , 2011:419) definieer triangulasie as 'n strategie om oordraagbaarheid te verseker.	die deelnemers, ouers en kundiges, en die literatuurstudie.
Bevestigbaarheid (Denzin & Lincoln, 2013:27-28)	Bevestigbaarheid/vergelykbaarheid verwys na die feit dat dit nodig is om te vra watter resultate van navorsing bevestig word deur ander navorsing of studies (Schurink <i>et al.</i> , 2011:419-412). In hierdie navorsing sal die resultate met die literatuur bevestig word.	Die navorser het volledige veldnotas geneem en dit sal vir vyf jaar by die COMPRES Navorsingseenheid bewaar word. Dit is op aanvraag vir ouditering beskikbaar.

Verdere etiese aspekte kan as volg beskryf word:

- **Identifisering van die populasie en vrywillige deelname**

Dit word benadruk dat aangesien hierdie 'n baie sensitiewe onderwerp vir ouers is, dit met groot omsigtigheid hanteer is. Daar is aan verskeie etiese aspekte tydens die uitvoering van die navorsing aandag gegee (Strydom, 2011a:116-117; Bless, *et al.*, 2006:142-148). Die identifisering van die ouers as deelnemers het op 'n vrywillige, ingeligte wyse plaasgevind. Die ouer is as kenner op die gebied van sy kind se omstandighede beskou en hierdeur is die ouers nie gestigmatiseer nie. Die ouer is met die nodige respek hanteer.

Professionele persone se tyd is kosbaar en daarom is daar met die nodige respek met die kundige se tyd omgegaan. Daar is verder daarop gelet dat onderhoude min impak op die werkstyd van die deelnemer gehad het. Die navorser het verder met 'n oop gemoed geluister na wat die mening van die deelnemers is en hul ervaring, siening en mening is met die nodige respek hanteer.

- **Vermynning van skade**

Die vermyding van fisiese en of emosionele skade is 'n etiese reël in navorsing met mense. Die navorser het met die beplanning en uitvoering van die navorsing sover as moontlike alle risiko's oorweeg en voorkomingsmaatreëls daargestel om skade aan die navorser en deelnemers te vermy (Strydom, 2011a:115). Dié aspek is veral tydens die intervensiefase hanteer met die identifisering en ontleding van die besorgdheid van die populasie. Die navorser se ingesteldheid was gerig om kundiges sowel as die ouer as deelnemers te beskerm teen enige ongemak wat kon voorspruit uit die navorsingprojek. Aangesien die fenomeen sensitief is, is daar veral daarop gelet om emosionele skade te vermy (Strydom, 2011a:115). Emosionele skade is moeilik om te bepaal en het verreikende gevolge, daarom het die navorser nie onvanpaste en veroordelende opmerkings gemaak nie. Objektiviteit was dus van die grootste belang.

Die navorser het die kundige, asook die ouer as deelnemer deeglik ingelig oor hul betrokkenheid in die navorsing. Voordele van die navorsing is nie oorbeklemtoon nie maar gebalanseerd weergegee. Die deelnemers is verseker dat hul vrywillig aan die navorsing deelneem en met dié inligting kon hul 'n ingeligte besluit neem of hul wou voortgaan met die navorsing en die ooreenkoms onderteken. Die deelnemers kon ook ter enige tyd van die navorsing onttrek. Sommige van die kundiges het nie hul toestemming tot die navorsing gebied nie en is nie in die navorsing ingesluit nie. Daar het egter geen ouers as deelnemers van die navorsing onttrek nie. Anonimiteit en vertroulikheid is voortdurend verseker en toegepas. Die deelnemers se beskikbare tyd vir die onderhoud is ook in ag geneem tydens die onderhoude, sodat hul nie ten opsigte van hierdie aspek skadelik is nie. Die ouers is verseker dat hul kind se gewig en persoonlike besonderhede nie bekend gemaak sal word nie en die kind nie op enige wyse by die navorsing betrek sal word nie. Data wat ingesamel is, is met die nodige anonimiteit en vertroulikheid hanteer om enige vorm van skade aan die deelnemers te vermy en etiese optrede is ten alle tye verseker.

- **Vrywillige, ingeligte deelname**

Alle moontlike inligting oor die doel en werkswyse van die navorsing, die voor- en nadele wat deelname mag inhou, en die geloofwaardigheid van die navorser is

vooraf aan deelnemers met die verskeie inligtingsbriewe beskikbaar gestel (Rubin & Babbie, 2005:77; Strydom, 2011a:116). Al die groepe deelnemers het duidelik gewet wat die doel van die navorsing is. Elke deelnemer het dus 'n vrywillige, ingeligte besluit geneem oor hul deelname aan die navorsing, al dan nie. Geen deelnemer is by die navorsing ingesluit wat nie toestemming daartoe gegee het nie (Addendum 13 en 15). Die deelnemers kon ook ter enige tyd van die navorsing onttrek, indien hul dit sou verkies.

- **Oortreding van privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid**

Oortreding van privaatheid is tot die absolute minimum beperk. Dit is slegs toelaatbaar vir die bereiking van geldige navorsingsdoelwitte. In beide die geval van die deelnemers, naamlik die kundiges en die ouers, het die navorser alle inligting as privaat en vertroulik beskou. Die navorser het die voorneme gestel dat geen persoonlike inligting sonder die deelnemers se toestemming op enige wyse bekend gemaak sal word nie. Die ondertekening van die toestemmingsbrief het ook die gebruik van die data uitgelig.

- **Aksies en bekwaamheid van die navorser**

Die navorser het deurgaans van die studieleiers as professionele persone en van dienste soos verskaf deur die NWU, gebruik gemaak om leiding aan die navorsing te gee en om optimale inligting vir die literatuurstudie te bekom. Die navorser het 'n navorsingskonsultant geraadpleeg vir die logiese uiteensetting van die temas van die kwalitatiewe data.

Die navorser het met die nodige sensitiwiteit opgetree om die deelnemers te beskerm. Die navorser het ook haarself daarvan probeer weerhou om enige waardebeoordeling ten opsigte van die deelnemers se oorgewig of vetsug te maak en om op wetenskaplike beginsels te fokus. Die navorser het volgens die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplike Diensberoep se vereistes vir optrede gehandel wat maatskaplike werkers aan tugstappe blootstel indien die etiese vereistes nie nagevolg word nie (Strydom, 2011a:123 -124).

- **Publikasie van artikels**

Die publikasie van navorsingsresultate is van groot belang, aangesien dit die wyse is waarop resultate na die wetenskaplike gemeenskap gekommunikeer word. Die deelnemers se identiteit word ook in hierdie opsig beskerm en geen persoonlike besonderhede is of sal bekend gemaak word nie. Die nodige erkenning is ook aan alle persone verleen wat tot die voltooiing van die navorsing bygedra het (Strydom, 2011a:126).

- **Etiese goedkeuring**

Etiese goedkeuring moet van die betrokke instelling verkry word (Strydom, 2011a:126-127). Etiese goedkeuring is ontvang van die Etiese Komitee van die Noordwes Universiteit, Potchefstroomkampus en die Etiese nommer is: NWU-00123-14-S1.

1.11 Indeling van die navorsingsverslag

Die navorsingsverslag moet die navorsingsproses en uitkomst noukeurig, bevredigend, effektief en op 'n gebalanseerde gedetailleerde wyse weergegee word (Strydom, 2011b:277).

Die aanbieding van die verslag is volgens die hoofstukformaat uiteengesit. Die hoofstukke is as volg weergegee:

- HOOFSTUK 1:** Metodologiese oorsig
- HOOFSTUK 2:** 'n Oorsig van oorgewig of vetsug
- HOOFSTUK 3:** Die invloed van oorgewig of vetsug op die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare
- HOOFSTUK 4:** Empiriese navorsing te opsigte van die kind wat in die middelkinderjare met oorgewig of vetsug leef
- HOOFSTUK 5:** 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram wat die behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, hanteer.
- HOOFSTUK 6:** Samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings

BRONNE

ADDENDUMS

2. HOOFSTUK 2: 'N OORSIG VAN OORGEWIG OF VETSUG

2.1 Inleiding

Oorgewig of vetsug is 'n uitdagende gesondheids- en psigososiale probleem vir kinders en volwassenes. Navorsing het reeds verskeie psigologiese en omgewingsoorsake van oorgewig of vetsug vasgestel. In hierdie hoofstuk word 'n kritiese ontleding gedoen om die oorsaaklikheidsfaktore wat bydra tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare, te ondersoek om die eerste navorsingsdoelwit te beantwoord. Verskeie bronne soos Lobstein (2008:131-156), Rimm en Rimm (2004:6-164), Stern en Kazacks (2009:29, 187-189), om net 'n paar te noem, klassifiseer hierdie oorsake, maar die soektog na 'n effektiewe, bruikbare en bekostigbare maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kan nie in die literatuur gevind word nie. Die grondbeginsel van die meeste beskikbare behandelings (of programme) bestaan uit die wysiging van eetpatrone en die verhoging van aktiwiteite. Rimm en Rimm (2004:17) definieer oorgewig of vetsug as volg:

In simple terms, "... an imbalance between energy consumed and energy burned. Thus, the root cause of obesity in children is likely a combination of too much energy – calories – consumed and too little energy expended on physical activity."

Oorgewig of vetsug word dus in eenvoudige terme gedefinieer, maar verskeie navorsers stem saam dat hierdie toestand baie meer kompleks is en dat dit moeilik is om volhoubare oplossings te vind (Berthoud, 2007:486; Berthoud, 2004:781; Kosti & Panagiotakos, 2006:151-159; Puder & Munsch, 2010:S37; Sullivan, 2010:299; Wilfley, Van Buren, Theim, Stein, Saelens, Ezzet, Russian, Perri & Epstein, 2010a:S91; Wilfley, Vannucci & White, 2010b:292). Om werklik 'n effektiewe behandeling vir oorgewig of vetsug te bekom moet die oorsaak van oorgewig of vetsug eers in sy totaliteit verstaan word.

Die navorser beoog om in hierdie hoofstuk 'n bondige uiteensetting van die bepaling van oorgewig of vetsug volgens die meetinstrumente vir die bepaling van liggaamsgewig te gee, asook die voorkoms van oorgewig of vetsug binne die DSM-5 diagnostiese instrument. Daarna sal die oorsaaklikheidsfaktore wat moontlik

tot die ontwikkeling van oorgewig of vetsug kan bydra, bespreek word wat 'n geheelbeeld vir die begrip van hierdie verskynsel sal gee.

2.2 Meetinstrumente van liggaamsgewig

Navorsers is van mening dat gewig (massa) alleen nie 'n goeie aanwyser vir oorgewig is nie en dat daar bykomende assesserings gedoen moet word om veral oorgewig by kinders te bepaal (Evenepoel, 2012:5-6; Ludwig, 2007b:20-39; Tuso, 2014:59). Vir die mees effektiewe assessering moet onder andere, die volgende aspekte ondersoek word: die familiegeskiedenis van die kind, 'n fisieke ondersoek, die bepaling van aktiwiteitsvlakke, voedsel-inname, asook die psigososiale omstandighede van die kind (Bocca, Kuitert, Sauer, Stolk, Flapper, Corpeleijn, 2014:965-967; Farris, Taylor, Williamson & Robinson, 2011:13; Ludwig, 2007b:20-39). Hierdie assessering vereis 'n holistiese multiprofessionele spanbenadering.

Daar bestaan verskeie meetinstrumente wat aangewend word om gewig te kategoriseer, maar daar moet in gedagte gehou word dat verskillende rasse en etnisiteit nie in ag geneem word nie en dat 'n ware beeld van die persoon se fisieke welstand nie noodwendig met die resultate van hierdie meetinstrumente weerspieël word nie (Stern & Kazaks, 2009:11). Baie van hierdie beskikbare meetinstrumente is ook nie ideaal om oorgewig of vetsug by kinders te bepaal nie.

Vervolgens word die verskillende meetinstrumente om oorgewig of vetsug te kategoriseer, bespreek:

2.2.1 Liggaamsmassa-indeks-meetinstrument

Die liggaamsmassa-indeks (LMI) of die meer bekende akroniem "BMI" ("Body Mass Index") word algemeen aangewend. Hierdie meetinstrument word gedefinieer as *gewig in kilogram, gedeel deur die lengte in meters kwadraat*.

$$\text{LMI} = \frac{\text{gewig in kg}}{\text{Lengte in m}^2}$$

Die gesondheidsrisiko's verhoog namate die LMI-waarde verhoog (Stern & Kazaks, 2009:10). Hierdie meetinstrument verdeel die totale gewig van 'n persoon in kategorieë. In Addendum 1 word die kategorisering van liggaamsgewig volgens

die LMI vir volwassenes (WGO, 2015) weergegee. Die internasionaal gestandaardiseerde ouderdomspesifieke LMI-kategorieë vir seuns en dogters van twee tot 18 jaar, soos aangeteken deur Cole *et al.* (2000:1242), word in Addendum 2 weergegee. Colombo, Villani, Pinelli, Trentani, Baldi, Tomarchio en Tagliabue (2008:4) is van mening dat die gebruik van LMI alleen om oorgewig of vetsug te meet tot ongewensde, foutiewe klassifikasies kan lei en dat 'n tweede meetinstrument aangewend moet word.

2.2.2 Groeikaarte

Die groeikaarte van die *National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (2000) vir seuns en dogters (twee tot 20 jaar) was tot dusver algemeen gebruik om die kind se gewigstatus te bepaal (*National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2000*). Hierdie groeikaarte (Addendum 3 & 4) word aangewend om die kind se gewig (of lengte) op 'n spesifiek ouderdom op die kaart aan te dui (of 'n kurwe op die kaart) en dan te bepaal op watter persentiel (of kurwe) die kind lê. Die kurwe of persentiel word dan gebruik om te bepaal of die kind (Addendum 5) ondergewig, op normale gewig of oorgewig is. In 2006 is 'n nuwe stel groeistandaarde deur die WGO bekend gestel (Addendum 6 & 7) en dit gaan binnekort in Suid-Afrika aangewend word om gewig en lengte volgens 'n spesifieke standaard te bepaal (WGO, 2006). Hierdie meetinstrument is volgens Chidozie (2011:62) en Evenepoel (2012:263-264) nie voldoende nie, aangesien dit nie spiermassa en liggaamsvet kan onderskei nie. 'n Kind wat se ouers 'n groot gespierde liggaamsbou het, kan 'n hoër LMI hê en dan as oorgewig beskou word.

2.2.3 Die Velvou-meting

Die Velvou-meting is volgens Stern en Kazaks (2009:192) ideaal vir volwassenes, maar is 'n swak meetinstrument vir kinders en babas, derhalwe moet ander metings, soos die omtrek van die middelbo-arm by kinders (Brambilla, Bedogni, Heo & Pietrobelli, 2013:943) gebruik word. Laasgenoemde is meer betroubaar om normale gewig en ondergewig te bepaal. Brambilla *et al.* (2013:943) is van mening dat die Velvou-meting wel vir 'n tweede bevestiging van oorgewig aangewend kan word, maar nie as enigste instrument nie en moet deur opgeleide persone uitgevoer word. Nie alle liggaamsvet, soos byvoorbeeld intra-abdominale vet of

binnespiersvet, kan op hierdie wyse gemeet word nie en die verspreiding van vet oor die liggaam kan baie verskil (Stern & Kazaks, 2009:14). Hierdie siening sluit by Chidozie (2011:62) aan, soos reeds by die groeikaartmeetinstrument hierbo bespreek is.

2.2.4 Bepaling van liggaamsvet

Mediese navorsing (Gallagher, Heymsfield, Heo, Jebb, Murgatroyd, Sakamoto, 2000:694-701) het 'n formule ontwikkel om die liggaamsvetpersentasie (*Body-fat percentage* – BF%) te meet, omdat dit juis die vetweefsel is wat ongesond is en nie die gewig as sodanig nie. Hierdie formule is slegs 'n aanduiding van die persentasie vet en 'n tweede bevestigende instrument moet aangewend word.

Die formule word deur Evenepoel (2012:265) soos volg weergegee:

Volwassene, manlik: $BF\% = (1,2 \times LMI) + (0,3 \times \text{ouderdom}) - 16,2$

Volwassene, vroulik: $BF\% = (1,2 \times LMI) + (0,23 \times \text{ouderdom}) - 5,4$

Kind, manlik: $BF\% = (1,51 \times LMI) - (0,70 \times \text{ouderdom}) - 2,2$

Kind, vroulik: $BF\% = (1,51 \times LMI) - (0,70 \times \text{ouderdom}) + 1$

Die bogenoemde formule, afgebreek in kleiner eenhede volgens geslag en ouderdom, word in Addendum 8 weergegee (Gallagher *et al.*, 2000:694-701; Ogden, 2011:1-8).

2.2.5 Elektroniese meetinstrumente

Volgens die navorser sal 'n effektiewe meetinstrument een wees wat liggaamsgewig, liggaamsvet en spiermassa onderskeidelik in die persoon se liggaam meet en terselfdertyd die aktiwiteitsvlakke en ouderdom van die persoon in ag neem. Die elektroniese meetinstrument dui die hoeveelheid oortollige vetpersentasie in die persoon se liggaam aan en bepaal die LMI van die persoon. Daar bestaan verskeie elektroniese meetinstrumente wat hierdie gegewens weergee, byvoorbeeld: die Tanita Ltd.-skaal wat gewig, spiermassa en liggaamsvet meet. Hierdie metode is volgens Chidozie (2011:68-69) vinnig, effektief en veilig en is baie bruikbaar in die algemene assessering van die individu.

Die onderstaande tabel sluit aspekte wat vanuit die voorafgaande afgelei is in. Hierdie afleidings word as kritieke elemente vir toepassing in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram beskou en sal deurlopend in die studie soos volg weergegee word:

MEETINSTRUMENTE VAN LIGGAAMSGEWIG

Soos aangetoon is die gebruik van slegs een meetinstrument nie genoegsame aanwysing vir oorgewig of vetsug nie. Die navorser is daarom van mening dat 'n volledige assessering met die kind gedoen moet word, wat die volgende insluit:

- Die bepaling van liggaamsgewig, LMI en vetpersentasie deur betrokke kundiges.
- 'n Volledige mediese ondersoek deur 'n mediese dokter.
- Die bepaling van die kind en gesin se lewensstyl en eetgewoontes deur 'n dieetkundige.
- Die bepaling van die psigososiale funksionering van die kind in sy/haar gesin, gemeenskap en skool deur betrokke kundiges.

Meetinstrumente moet met groot omsigtigheid aangewend word, net as dit werklik nodig is en as gewigsverlies 'n doel opsig self is. Meting moet met die kind op 'n speelse manier gedoen word en die holistiese spanlid moet ook bereid wees om gemeet te word, anders kan die terapeutiese verhouding skade ly. Op hierdie wyse word 'n ontspanne atmosfeer geskep en verdere stigmatisering van die kind word voorkom. Die kind beleef 'n gevoel van aanvaarding. In die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram sal gewigsverlies as sulks nie as 'n doelwit gestel word nie, maar die totale optimale funksionering van die kind word as doel nagestreef.

2.3 Eetversteurings en versteurde eetgewoontes wat met oorgewig of vetsug verband hou

Navorsing toon toenemend 'n verband tussen vetsug, eetversteurings en versteurde eetgewoontes aan (Neumark-Sztainer, Levine, Paxton, Smolak, Piran & Wertheim, 2006:272). Vervolgens word eetversteurings en versteurde eetgewoontes bespreek.

2.3.1 Eetversteurings

'n Eetversteurig word deur Weiten (2013:611) beskryf as 'n erge versteuring in eetgedrag wat gekenmerk word deur preokkupasie met gewig en ongesonde

handelinge om gewigsbeheer toe te pas. Volgens Neumark-Sztainer *et al.* (2006:266) word 10%-15% dogters en vrouens tussen die ouderdom van nege en 19 jaar deur 'n spektrum van eetversteurings geraak. Eetversteurings wat in die DSM-5 beskryf word, is *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* en Ander Gespesifiseerde Voeding- en Eetversteurings (*Other Specified Feeding or Eating Disorders* – OSFEDE), en nou ook die impulsiewe-ooreetversteuring (*binge eating*) wat in die indeks bygevoeg is (Feeding and Eating Disorders, 2013:1-2). Navorsers vra die vraag of oorgewig of vetsug dan nie soos impulsiewe ooreet as 'n aparte kategorie van eetversteuring (Gever, 2010; Sue, Wing Sue, Sue & Sue, 2014:251) of as 'n breindisfunksie (Volkow & O'Brien, 2007:708-710) geklassifiseer moet word nie, aangesien hierdie verskynsel algemeen voorkom. Vetsugtigheid word egter nie in die DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) as 'n spesifieke eetversteuring beskryf nie, ten spyte van die verwoestende mediese en psigososiale gevolge wat dit moontlik kan veroorsaak (Sue *et al.*, 2014:251; Volkow & O'Brien, 2007:708-710). Vetsug word net as 'n onderafdeling van ander eetversteurings beskryf, aangesien dit 'n komplekse, heterogene toestand is en omdat daar nog onvolledige begrip van die oorsaak van die probleem is (Marcus & Wildes, 2012:434).

Die eetversteurings wat in die DSM-5 voorkom, word kortliks bespreek aangesien dit met oorgewig of vetsug verband hou en by kinders aanwesig kan wees, maar in hierdie studie word daar nie op die voorkoms van hierdie versteurings gekonsentreer nie.

- **Bulimia nervosa**

Bulimia nervosa kan beskryf word as 'n kombinasie van enige van die volgende faktore na 'n ooreetsessie, naamlik: selfgeïnduseerde braking; die misbruik van lakseermiddels, diuretikums (waterpille/urienafdrywers) of enemas (maagspoelings); of die gebruik van onvanpaste kompensasiemeganismes om gewigstoename te voorkom, soos vas of oormatige oefening (The National Eating Disorders Association – Neda, 2015). Die voorkoms van hierdie ooreetsessies met gepaardgaande destruktiewe gedrag moet ten minste een keer per week voorkom (Feeding and Eating Disorders, 2013:1-2). Sullivan (2004:231) noem dat baie

persone wat aan *bulimia nervosa* ly uiterlik goed lyk, maar dat hulle dikwels innerlik aan 'n swak selfbeeld en liggaamsbeeld ly.

- **Impulsiewe ooreet (*Binge Eating Disorder* - BED)**

Impulsiewe-ooreetversteuring (*Binge Eating Disorder* - BED) behels, volgens Weiten (2013:612), impulsiewe eetsessies om stres te verlig, maar dit sluit nie die kompenserende gedrag soos braking, vas of oormatige oefensessies in soos by *bulimia nervosa* die geval is nie. 'n Ooreetsessie is wanneer groot hoeveelhede voedsel in 'n periode van twee ure geëet word. Om met BED gediagnoseer te word, moet die persoon 'n geskiedenis van ooreetepisodes hê wat ten minste een keer per week oor 'n tydperk van drie maande voorkom (Sue *et al.*, 2014:238). Die persoon ervaar gevoelens van verlies aan beheer, skaamte en skuldgevoelens as gevolg van die ooreetsessies. Dit veroorsaak dat die persoon hierdie gedrag in die geheim probeer voortsit (Feeding and Eating Disorders, 2013:1-2; Sue *et al.*, 2014:238). Dit wil ook voorkom asof die persone 'n oordrewe obsessie met gewig en liggaamsbou het (Sue *et al.*, 2014:238). Persone met die impulsiewe-ooreetversteuring is dikwels oorgewig (Latner & Wilson, 2008:553; Weiten, 2013:612).

Dit is van belang om laasgenoemde sindroom te noem, aangesien ongeveer 20%-40% van alle individue wat in gewigsverliesprogramme teenwoordig is, aan hierdie sindroom ly (Sue *et al.*, 2014:238). Lawrence (2010:314) wys daarop dat adolessente wat oorgewig is, meer geneig is om negatiewe eetgedrag te toon deur impulsief te ooreet en chronies 'n verslankingsdieet te volg, as wat die geval met adolessente met 'n normale gewig is. Die oorgewig kind toon dus negatiewe gedrag om sy gewig te probeer beheer. Bogenoemde bevestig dat oorgewig of vetsug al in die middelkinderjare aangespreek moet word.

- **Ander Gespesifiseerde Voeding- en Eetversteurings (*Other Specified Feeding or Eating Disorders* – OSFEDE)**

Ander Gespesifiseerde Voeding- en Eetversteurings (*Other Specified Feeding or Eating Disorders* – OSFEDE), sluit erg versteurde eetpatrone in waarin die volle maatstawwe van *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* of die impulsiewe-ooreetversteurings nie vervat word nie (The National Eating Disorders Association – Neda, 2015). Hierdie is die mees algemene eetversteuringsdiagnose. Hierdie

diagnose sluit ook persone in die kategorie *anorexia nervosa* in, maar wat 'n normale gewig het. In die geval van *bulimia nervosa* en impulsiewe-ooreetversteurings kom die sessies minder as die gegewe frekwensies voor (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders - ANAD, 2015). Hierdie kategorie sluit ook die nag-eet-sindroom in wat vervolgens bespreek gaan word (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders - ANAD, 2015; Stunkard, Allison, Geliebter, Lundgren, Gluck & O'Reardon, 2009:391-399; Sue *et al.*, 2014:239-240).

- **Nag-eet-sindroom (NES)**

Die nag-eet-sindroom (NES) word gekenmerk deur die gedrag van persone wat ten minste 25% van hul voedsel na afloop van hulle normale aandete eet (Mühlhans, Olbrich & De Zwaan, 2009). Evenepoel (2012:216) en Cleator, Abbott, Judd, Sutton en Wilding (2012:3) noem dat die nag-eet-sindroom by ten minste 0,5% - 1,5% van die normale populasie, 9% - 14% van die oorgewigpopulasie en by ten minste 25% van die vetsugtige populasie voorkom. Vander Wal (2012:50) beskryf die NES-maatstawwe volgens die werk van Allison, Lundgren, O'Reardon, Geliebter, Gluck, Vinai en Stunkard (2010:241-247) en word in Addendum 9 weergegee.

Die voorkoms van NES by kinders is, volgens Cleator *et al.* (2012:6), ongeveer 1,1%. In hierdie betrokke navorsing word daar op die kind wat met oorgewig of vetsug leef, gefokus en kan die voorkoms van NES by sommige kinders nie ontken word nie. Uit die voorafgaande wil dit dus voorkom dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram wat saamgestel word ook op NES wat by kinders kan voorkom, ag slaan om sodoende die nodige ondersteuning aan die ouer en kind te bied en die nodige verwysings na die holistiese spanlede (wat onder andere 'n mediese dokter, 'n sielkundige, 'n dieetkundige, 'n bio- en/of kinderkinetikus, 'n voedseladviseur, 'n maatskaplike werker en die skoolhoof/-onderwyser insluit) te kan maak.

2.3.2 Voedselverslawing

Verskeie navorsers is van mening dat sekere vorms van oorgewig of vetsug wat gekenmerk word deur die oormatige gedrewenheid om voedsel in te neem, as 'n

voedselverslawing erken moet word (Sue, *et al.*, 2014:251; Tomasi & Volkow, 2013:1-19). Hierdie siening word nie wyd aanvaar nie, alhoewel voedselverslawing baie ooreenkomste met ander verslawende middels toon. Tomasi en Volkow (2013:2) stel dit dat sekere voedsel, veral dié wat hoog in suiker en vet is, veral potensieel bevredigend is en ooreet kan bevorder, want net soos verslawende middels, verhoog dit dopamienvrystelling (DAP-vrystelling). David (2015:21) is van mening dat 'n persoon aan spesifieke voedselsoorte, soos suiker, vet, koolhidrate of kaffeïen verslaaf kan raak, maar nie aan voedsel as sodanig nie. Hierdie skrywer is van mening dat 'n verskynsel soos voedselverslawing nie kan bestaan nie en konstateer as volg: "... saying food is the enemy is like saying oxygen and breathing is the enemy. We are designed ... to need food, require it, and desire it." Daar kan dus net 'n drang na 'n spesifieke voedselsoort bestaan. Persone met 'n drang na 'n spesifieke voedselsoort kan ontrekkingsimptome soos hoofpyn, moegheid, en geïrriteerdheid ervaar indien hulle vir lang tydperke sonder die voedselsoort moet klaarkom (Gearhardt, Yokum, Orr, Stice, Corbin & Brownell, 2011:808-816; Ludwig, 2007b:52-55).

**Eetversteurings en
versteurde eetgewoontes**

Oorgewig of vetsug vind dus aanklank, maar word nie selfstandig binne een van hierdie eetversteurings of versteurde eetgewoontes beskryf nie. Uit die voorafgaande is dit dus duidelik dat oorgewig of vetsug 'n verskansde, diepliggende oorsprong kan hê wat nie buite berekening gelaat moet word nie. Die teenwoordigheid van bogenoemde toestande moet in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geïdentifiseer en aangespreek word sodat die kind sy volle potensiaal kan uitleef en nie deur psigososiale en emosionele toestande onderdruk word nie.

2.4 Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug

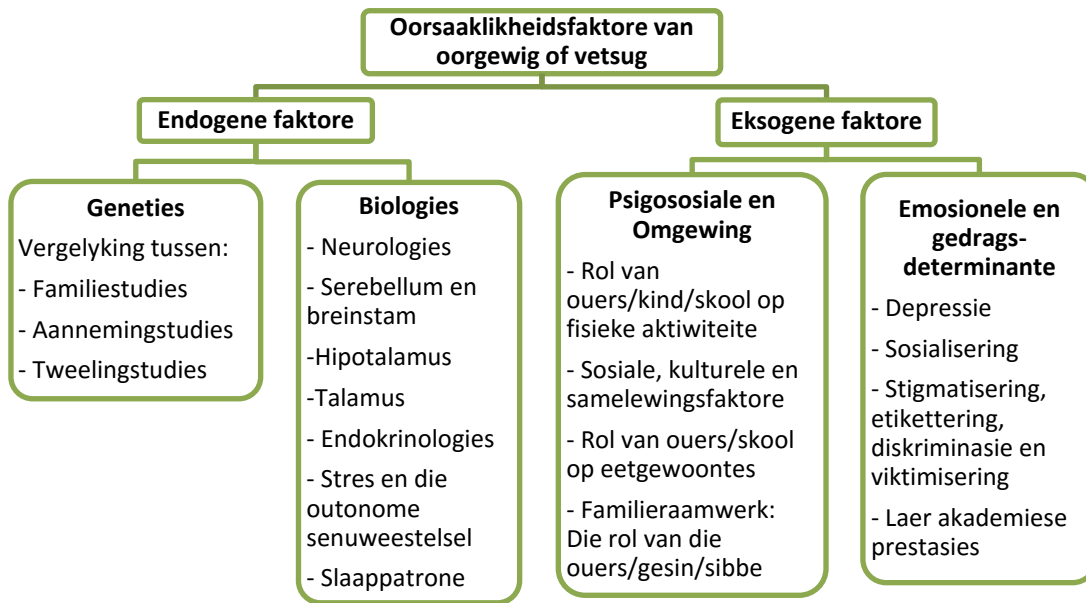
Volgens Weiten (2013:377), Berthoud (2004:782), Evenepoel (2012:26-27), Zolotukhin (2008:454), asook Berthoud en Morrison (2008:59) het evolusionêr-georiënteerde navorsers 'n geloofwaardige verduideliking vir die dramatiese toename in die voorkoms van vetsug, met die *thrifty gene*-hipotese verskaf. Die navorsers beweer dat met verloop van evolusie, die meeste diere en mense in omgewings gewoon het wat gekenmerk was deur onderlinge kompetisie vir beperkte en onbetroubare bronne van voedsel. Die mens se taak was dus om self

voedsel te versamel. Indien volop voedsel gevind is, byvoorbeeld 'n bok wat gejag is, is die vermoë ontwikkel om meer voedsel op 'n slag in te neem omdat die jagter geen waarborg gehad het dat daar gou weer voedsel beskikbaar sal wees nie. Die oortollige inname word dan in die liggaam as vet gestoor wat die liggaam in toekomstige hongersnoodtoestande kan gebruik. Garrett (2015:165) noem dat die mens nog voor die begrip van wat vitamien, minerale, proteïene en koolhidrate behels en beteken, die wysheid van die liggaam gebruik het om 'n redelik gebalanseerde dieet te kies en so hul voortbestaan te verseker. Vandag leef die meeste mense in omgewings waar daar oorvloedige en betroubare, deurlopende bronne van voedsel is. Die omgewing dra dus daartoe by dat baie mense ooreet en as gevolg van variasies in gene, metabolisme en ander faktore, word slegs sommige mense oorgewig (Berthoud & Morrison, 2008:60).

Die oorsaak van oorgewig of vetsug kan egter nie so maklik verklaar word nie en daar bestaan verskeie potensiële veranderlikes. Sue *et al.* (2014:252-254), Goran en Sothorn (2005:68) en Ludwig (2007b:9-19) identifiseer basiese oorhoofse oorsake. Daar kan veral vier dimensies geïdentifiseer word wat kan bydra tot abnormale gewigstoename en wat soos volg weergegee word:

- genetiese faktore;
- biologiese faktore (wat neurologiese en endokrinologiese veranderings insluit);
- psigososiale en omgewingsinvloede; en
- emosionele en gedragsdeterminante.

Bogenoemde oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug word in endogene en eksogene faktore geklassifiseer, maar is wel interafhanklik van mekaar soos in die volgende figuur voorgestel word (Truter, 2011:16-17).



Figuur 2.1: Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug

Om behandeling te bied, moet al vier hierdie dimensies in ag geneem word en die behandeling sal van kind tot kind verskil. Die vier dimensies word vervolgens in meer diepte bespreek.

2.4.1 Genetiese oorsake

Berthoud (2004:781) is van mening dat genetika by enige fisiologiese funksie van die liggaam betrokke is, maar by vetsug is hierdie betrokkenheid ingewikkeld en nie maklik bewysbaar nie. Verder noem die navorser dat genetika nie op direkte wyse vetsug veroorsaak nie, maar dat ons in die veranderende omgewing geneties meer geneig tot vetsug kan wees, aangesien genetika alle liggaamlike funksies beheer, insluitende voedsel-inname en energieverbruik (Papalia, Olds & Feldman, 2009:84; Weiten, 2013:378).

Volgens Cochran (2007:12-13) kan genetiese versteurings wat met vetsug verband hou, soos volg geïdentifiseer word: *Down-sindroom*, *Prader Willi-sindroom*, *Bardet-Biedl-sindroom* en *Cohen-sindroom*. Hierdie genetiese versteurings toon egter 'n lae voorkoms. Om die invloed van genetika op oorgewig of vetsug te bestudeer, is familiestudies van groot waarde.

- **Familiestudies**

Familiestudies voorsien inligting oor die omvang van oorgewig of vetsug in families. Volgens Pietrobelli (2010:18) speel genetiese faktore en die omgewing wel 'n groot rol op grond van die feit dat minder as 10% van die kinders van ouers met 'n normale gewig, oorgewig of vetsugtig is. Die persentasie styg drasties met 50% as een ouer oorgewig of vetsugtig is en tot 70% as beide ouers oorgewig of vetsugtig is. Goran en Sothorn (2005:83) en Waine (2008:11) bevestig hierdie feit. Dit is egter moeilik om te bepaal of kinders binne 'n gesin oorgewig of vetsugtig is as gevolg van die omgewingsfaktore of as gevolg van genetiese faktore; aannemingstudies is in hierdie verband van groot waarde.

- **Aannemingstudies**

Aannemingstudies maak 'n duidelike onderskeid tussen die omgewing en gene. Hierdie studies maak gebruik van data van die aangenome kinders, hul biologiese- en aanneemouers. Die aangenome kinders deel nie 'n 'familie-omgewing' met hul biologiese ouers nie, maar deel slegs die gene met die biologiese ouers. Kushner, Kumar en Lawrence (2013:16) toon 'n sterk verband tussen die LMI van aangenome kinders en hul biologiese ouers, maar nie met die aanneemouers nie.

- **Tweelingstudies**

Tweelingstudies is die derde tipe studie wat gebruik kan word om die omgewings- en genetiese faktore van oorgewig of vetsug te bepaal. Studies met identiese tweelinge wat apart grootword, het 'n positiewe korrelasie van 60%-80% tussen die genetiese bydrae tot die LMI getoon (Goran & Sothorn, 2005:82-83; Kushner *et al.*, 2013:16; Waine, 2008:11).

Genetiese dimensie

Hiervolgens word afgelei dat genetika 'n beduidende rol by oorgewig of vetsug kan speel. Die genetiese samestelling van die kind is 'n gegewe. Dit moet egter nie as die lot van die kind beskou word nie. Hierdie feit moet juis aangewend word om as motivering vir 'n gesonde lewenswyse, eetgewoontes en die versterking van die liggaamsbeeld te dien. Dit is dus belangrik dat die holistiese maatskaplikewerk- ondersteuningsprogram deur die familiegeskiedenis hierdie aspek in ag neem.

2.4.2 Biologiese dimensie

Die biologiese dimensie van oorgewig of vetsug moet nie onderskat word nie. Ludwig (2007a:2326) noem dat kinders wat met oorgewig of vetsug leef, dikwels as volwassenes ook met hierdie toestand moet saamleef. Hierdie navorser meen dat die toestand deels voorkom as gevolg van gewoontes wat die toestand bevorder. Andersyds, omdat die oormatige gewig van die kind onomkeerbare biologiese veranderinge in die hormonale paaie, vetselle en die brein veroorsaak wat honger verhoog en die metabolisme nadelig beïnvloed. Sue *et al.* (2014:252), bevestig hierdie stelling dat breinstrukture wat beide voedsel-inname stimuleer en inhibeer, by die ontwikkeling van oorgewig of vetsug betrokke is. Vervolgens word die biologiese dimensie van oorgewig of vetsug in meer besonderhede beskryf.

2.4.2.1 Neurologiese oorsake: Die brein

Die werking van die menslike brein is die mees komplekse struktuur in die heelal en nog nie ten volle ondersoek nie (Cizza & Rother, 2012:vii; Thompson, 2000:1-2). Berthoud (2004:784-785), asook Berthoud en Morrison (2008:57) konstateer dat die neurale netwerk van die brein die voedsel-inname en energiebalans beheer. Hierdie netwerk is hiërargies georganiseer, bestaande uit die breinstam, hipotalamus en die kortiko-limbiese strukture as die hoofboustene.

Die werking van die breinstrukture wat op voedsel-inname betrekking het, en wat dus kan bydrae tot oorgewig of vetsug, word vervolgens in 'n neutedop bespreek.

2.4.2.2 Serebellum en breinstam

Die *serebellum* (klein brein), medulla en die pons word in die laer deel van die breinstam by die agterbrein gevind (Weiten, 2013:94-97). Die serebellum is belangrik vir liggaamshouding en balans, asook vir die koördinering van kop- en oogbewegings. Dit speel 'n rol in die sensitiewe aanpassing van bewegings van spiere en die aanleer van motoriese vaardighede (Miall, 2013:1149-1167).

Biologiese dimensie
Die brein:
Serebellum en breinstam

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die werking van die brein 'n invloed op motoriese vaardighede het en dus fisieke aktiwiteite kan beïnvloed. Goeie breinfunksionering kan dus 'n aktiewe leefstyl bevorder wat moontlik tot gewigsbeheer kan lei (verwys na par. 3.5).

2.4.2.3 Die hipotalamus

Die hipotalamus word onder die talamus gevind (Berthoud & Morrison, 2008:64-66). Thompson (2000:179) noem dat die hipotalamus belangrik is vir die regulering van basiese menslike funksies. Dit sluit die beheer van die outonome sensuweestelsel (verwys na par. 2.4.2.6), die werking van die hart en bloedvate, temperatuurregulering, eet, drink en seksuele aspekte in. Kolb en Wishaw (2014:430-431) en Weiten (2013:373) is van mening dat die neurone in die hipotalamus 'n belangrike rol in die regulering van honger speel en dat dit 'n groep neurone bevat wat sensitief is vir inkomende hongerseine en 'n ander groep neurone wat reageer op versadigingseine. Flier en Marato-Flier (1998:438) en Weiten (2013:96) verwys na 'n studie waar navorsers die laterale gedeelte (die kant) van die hipotalamus beskadig het, met die gevolg dat die diere hul belangstelling om te eet, verloor het. Die diere moes gevoer word om verhongering te voorkom alhoewel daar 'n oorfloed van voedsel beskikbaar was. In teenstelling, waar elektriese stimulasie die laterale hipotalamusaktiwiteite verhoog het, het die diere aanhoudend voedsel ingeneem en vinnig 'n toename in gewig getoon. Studies toon aan dat hoëvetdiëte inflammasie in die hipotalamus veroorsaak wat tot ontwrigting van die versadigingseine lei en ooreet aanmoedig, maar ook kognitiewe funksies versteur (Miller & Spencer, 2014:10; Morelli, Sarchielli, Comeglio, Filippi, Vignozzi, Marini, Rastrelli, Maneschi, Cellai, Persani, Adorini, Vannelli & Maggi, 2014:107). Hieruit word afgelei dat die kind se dieet 'n rol speel in die breinaktiwiteite van die hipotalamus.

Biologiese dimensie
Die brein:
Hipotalamus

Hiervolgens is die hipotalamus betrokke by die regulering van voedsel-inname deur die beheer van honger- en versadigingseine. Ten opsigte van die hipotalamus blyk dit dat hoëvetdiëte 'n negatiewe invloed het. Ouers moet die verantwoordelikheid neem om aan die kind 'n gesonde en gebalanseerde dieet te verskaf. 'n Dieet hoog in kitskosse, waarvan sommige dikwels hoog is in vet, moet dus ook ten opsigte van hierdie aspek vermy word.

2.4.2.4 Talamus

Die talamus is 'n struktuur in die middelbrein, net bo die hipotalamus, waardeur alle sensoriese inligting (behalwe reuk) beweeg om die serebrale korteks te

bereik. Die talamus speel ook 'n aktiewe rol in die integrasie van inligting van verskeie sintuie (DeSalle & Tattersall, 2012:151; Levine, 2014:95). Die sintuie speel 'n belangrike rol om boodskappe van honger of versadiging na die liggaam te stuur. Vervolgens word die rol van die sintuie bespreek waarvan die talamus die finale herleistasie is (Weiten, 2013:96).

- **Sintuiglike organe**

Die aantreklikheid, reuk, en natuurlik die smaak van voedsel, wakker die liggaam se aptyt aan om gereed te maak vir 'n maaltyd, byvoorbeeld speekselafskeiding (Berthoud, 2007:487; Weiten, 2013:96). Speeksel is die eerste spysverteringsap en help verder om die ete te stop as die aanloklikheid van voedsel bevredig is. Dit word die sensories-spesifieke versadiging genoem wat behels hoe meer van 'n spesifieke voedselsoort geëet word, hoe minder aantreklik raak die voedsel vir die persoon (Garrett, 2015:166).

**Biologiese
dimense
Die brein:
Talamus -
Sintuiglike**

Daar word dus afgelei dat indien die kind aangemoedig word om al sy sintuie in te span en bewustelik en stadig te eet, sensories-spesifieke versadiging vinniger kan plaasvind. Dit kan daartoe bydra dat die kind minder sal eet, aangesien die voedsel nie meer so aptytwekkend sal lyk nie en die behoefte om die smaaklikheid van die voedsel te ervaar, sal vervul wees.

Vervolgens gaan hierdie interne en eksterne regulering van die liggaam op reaksie van 'n interne of eksterne stimulus beskryf word.

- **Reaksie van sintuiglike organe op 'n stimulus**

Herman en Polivy (2008:725-726) onderskei tussen normatiewe stimuli as die teenoorgestelde van sensories eksterne stimuli. Normatiewe stimuli is omgewingsaanwysers van wat en hoeveel 'n persoon moet eet om te oorleef. Sensoriese stimuli verwys na die eienskappe van die voedsel self, soos die smaaklikheid en geur wat 'n persoon motiveer om meer of minder daarvan te eet.

Weiten (2013:378-379), asook Herman en Polivy (2008:724), noem dat Stanley Schachter in 1968 die interne-eksterne hipotese bevorder het wat bepaal dat oorgewig of vetsugtige persone ekstra sensitief is vir eksterne stimuli ten opsigte

van honger en onsensitief is tot interne psigologiese seine, in vergelyking met persone met 'n normale gewig wat deur interne seine gereguleer word. Volgens hierdie hipotese reageer oorgewig persone op die omgewingstimuli, soos die beskikbaarheid en aantreklikheid van voedsel wat 'n sneller vir onnodige voedsel-inname is. Hierdie navorsers kritiseer egter die hipotese van Schachter en voer aan dat daar verskeie oorsaaklikheidsfaktore vir oorgewig of vetsug bestaan, maar hulle voer egter aan dat die sentrale stelling meriete het. Gabriel en Ronald Riba (2014:51-52), Siegel (2010:261) en David (2015:63-64) voer aan dat bewustelike en gefokusde eet in 'n ontspanne omgewing noodsaaklik is om die plesiersentrum van die brein te bevredig en om optimale spysvertering te verseker. Die navorser is van mening dat die ouer ook aan die kind se behoefte van honger of versadiging moet ag gee en daarop reageer, asook om die kind bewus te maak van hierdie seine in sy liggaam, anders leer die kind om die seine te ignoreer. Bacon (2008:32) stel dat ons geleer het om ons honger te ontken en te beheer, eerder as om op hierdie interne seine ag te slaan (kyk par. 2.4.2).

Biologiese dimensie
Die brein:
Sintuiglike

Die breinwerking ten opsigte van die sintuie speel 'n rol in die ervaring van die proses van eet. Die kind se sintuie moet dus ingespan word sodat die liggaam die boodskap van plesier en versadiging van die eetervaring na die brein stuur. Hiervolgens word afgelei dat die kind nie op byvoorbeeld die televisie gefokus kan wees tydens maaltye nie. Die nodige honger- en versadigingseine wat die liggaam aan die kind stuur, moet dus deur die ouer tydens voeding in ag geneem word. Dit beklemtoon ook die feit dat gesonde voedsel, vir optimale funksionering aangenaam en aantreklik voorberei moet word.

2.4.2.5 Endokrinologiese (hormonale) oorsake

Die biologiese dimensie word verder in die endokrinologiese of hormonale oorsake verdeel wat hormonale afwykings en regulering insluit. Vervolgens word die hormonale afwykings en hormonale regulering wat 'n invloed op oorgewig of vetsug kan hê, kortliks bespreek.

2.4.2.5.1 Hormonale afwykings

Ondersoeke toon dat endokrinologiese faktore tot oorgewig by kinders kan bydra, alhoewel dit 'n baie klein persentasie is (Cayir, Doneray, Kurt, Orbak, Kaya, Turan

& Yildirim, 2014:99). Waar vetsug meer toegeskryf word aan hormonale wanfunksie, het dit meestal betrekking op volwassenes. Volgens Cochran (2007:13) kan daar veral drie hormonale afwykings geïdentifiseer word, naamlik:

- Hipotireose (onderaktiewe skildklier)
- Cushing se sindroom (ooraktiewe bynier)
- Polisie-eierstoksindroom (PCOS)

Dit is van belang om kennis te dra van hierdie hormonale afwykings sodat 'n mediese dokter betrek kan word indien nodig.

2.4.2.5.2 Hormonale regulering

Weiten (2013:374) en Garrett (2015:169) is van mening dat 'n verskeidenheid hormone in die bloedstroom tot die regulering van honger en versadiging bydra. Die volgende hormone wat betrokke is by die regulering van honger en versadiging in die liggaam kan onderskei word, maar is nie die enigste nie: insulien; glukose; gherlin; cholecystokinin (CCK); liptien; dopamien; kortisoen (Berthoud & Morrison, 2008:61;66; Cizza & Rother, 2012:ix-x; Garrett, 2015:169-175; Stenvers, Jonkers, Fliers, Bisschop & Kalsbeek, 2012:361; Tomasi & Volkow, 2013:2; Weiten, 2013:94-97; Woods & D'Alessio, 2013:S38, S43-S44).

Biologiese dimensie Endokrinologiese (hormonale) oorsake

Tydens die regulering van honger en versadiging, vind daar baie hormonale veranderinge in die liggaam plaas wat 'n groot rol in die beheer van liggaamsgewig speel. 'n Holistiese spanbenadering moet gevolg word waar 'n mediese dokter en 'n dieetkundige se betrokkenheid in hierdie verband van groot waarde is. Die ouers moet ook deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram die nodige leiding ontvang om hierdie hormonale invloede op die liggaam van die kind te verstaan om sodoende die kind te ondersteun.

2.4.2.6 Stres en die outonome sensuweestelsel

Die onsekerheid en gebrek aan beheer in potensieel bedreigende situasies en die manier waarop sodanige situasies geïnterpreteer word, asook die onvermoë om 'n hanteringstrategie te verkry, word as stres beskryf (Borel, 2015:40). Thompson (2000:235) beskryf die werking van stres in die liggaam op die volgende wyse:

stres, as gevolg van 'n fisieke besering of die persepsie van stres het 'n reaksie in die hipotalamus tot gevolg. Die hipotalamus stel die hormoon, CRH-kortikotrofien (*corticotrophin-release*) vry wat die anterior pituitêre klier aktiveer om die hormoon adrenokortikotrofie (ACTH) in die bloedstroom vry te stel. ACTH aktiveer die bynier om kortisol, die streshormoon, vry te stel om die stres te hanteer. Tydens stres reageer die hipotalamus ook direk op die outonome senuweestelsel om die liggaam vir die veg- of vlugreaksie *via* die voorbreinstrukture voor te berei. Dit is belangrik om daarop te let dat daar na werklike gevaar of na 'n persepsie van gevaar (en dan stres) verwys word. Volgens Borel (2015:41), David (2015:17-19) en Evenepoel (2012:202), plaas die gejaagde leefwyse die liggaam ook in 'n kroniese lae vlak van stres, dus 'n veg- of vlugtoestand wat tot oormatige kortisoonlysstelling (streshormoon) lei as gevolg van die simpatiese senuweestelsel wat voortdurend geaktiveer word. Die outonome senuweestelsel se verband met voedsel-inname en stres word deur David (2015:18) soos volg verduidelik: Die outonome senuweestelsel is verantwoordelik vir peristalse in die maag wat veroorsaak dat spysverteringskanaalensieme uitgeskei word vir die afbreek en opname van voedingstowwe. Dieselfde stelsel inhibeer spysvertering wanneer daar geen voedsel in die maag is nie of wanneer die liggaam in 'n veg- of vlugrespons is. Hierdie tweeledige funksie van die outonome senuweestelsel word deur die simpatiese en parasimpatiese senuweestelsel beheer. Die werking van die simpatiese en parasimpatiese senuweestelsel word in Tabel 2.1 weergegee.

Tabel 2.1: Outonome senuweestelsel: Simpatiese en parasimpatiese senuweestelsel
(David, 2015:16-17; Garrett, 2015:75; Kolb & Wishaw, 2014:64-65)

DIE OUTONOME SENUWEESTELSEL	
SIMPATIESE VERTAKKING	PARASIMPATIESE VERTAKKING
Hoofsaaklik wanneer stres teenwoordig is Stimuleer: veg of vlug	Hoofsaaklik in die afwesigheid van stres Inhibeer: rus en spysvertering
<ul style="list-style-type: none"> ↑ Stimuleer hartklop – verhoog bloedvloei na brein/spiere ↑ Verhoog bloeddruk – verhoog pols/beroertevolume ↑ Vergroot pupille – beklemtoon fokus ↑ Neem bloed van vel en ander organe na die nodige spiere, brein en hart 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Verlaag hartspoed – normaliseer bloedvloei ↓ Verlaag bloeddruk – verlaag pols/beroertevolume neem af ↓ Pupille verklein – keer terug na normale fokus ↓ Normaliseer bloedvloei na al die dele van die liggaam

DIE OUTONOME SENUWEESTELSEL	
<p>SIMPATIESE VERTAKKING</p> <p>Hoofsaaklik wanneer stres teenwoordig is</p> <p>Stimuleer: veg of vlug</p>	<p>PARASIMPATIESE VERTAKKING</p> <p>Hoofsaaklik in die afwesigheid van stres</p> <p>Inhibeer: rus en spysvertering</p>
<p>↑ Inhibeer peristalse in die spysverteringskanaal – verlaag vertering</p> <p>↑ Stimuleer glukosevrystelling; en die vrystelling van adrenalien en kortisoon</p>	<p>↓ Normaliseer peristalse in die spysverteringskanaal - keer terug na normale vertering</p>

Stres beïnvloed dus die mens se fisieke en psigososiale funksionering (Cizza & Rother, 2012:x-xi; Cohen & Janicki-Deverts, 2012:1320) en kan tot die wanfunksionering van die fisiologiese stelsel lei wat blyk oorgewig of vetsug tot gevolg kan hê (Anderson, Gooze, Lemeshow & Whitaker, 2012:132). Sue *et al.* (2014:253-254) is van mening dat stres in die gesin geassosieer kan word met oorgewig by kinders, in adolessensie en selfs as volwassenes. Puder en Munsch (2010:S37-S38) bevestig hierdie siening veral as daar siekte of psigosomatiese siektetoestande by die ouers bestaan of as die stres as gevolg van die sosio-ekonomiese status van die gesin is. Groesz, McCoy, Carl, Saslow, Stewart, Adler, Laraia en Epel (2012:717), asook Woods en D'Alessio (2013:S45), meld dat die blootstelling aan stres tot hoër vlakke van voedsel-inname kan lei. Groesz *et al.* (2012:717) en Papalia *et al.* (2009:253) is verder van mening dat die verhoogde aanwesige stres tot 'n hoër inname van smaaklike nievoedsame voedsel lei en dat daar 'n beduidende negatiewe persepsie oor die inname van voedsame voedsel is.

Uit die voorafgaande word daar dus afgelei dat voedsel tydens stres as 'n plaasvervanger (trooster) kan dien. Van Ryzin en Nowicka (2013:107) voer verder aan dat die ouer die kind kan help met die hantering van stres deur 'n positiewe ouerlike invloed wat verband hou met 'n gesonde leefstyl, 'n gesonde liggaamsbeeld en 'n gesonde verhouding met voedsel; alles wat met oorgewig of vetsug verband hou.

Chroniese stres blyk 'n negatiewe uitwerking op die liggaam te hê en moet daarom verhoed word. Die opvoedkundige waarde van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is dus van groot belang, deurdat die ouers en kind van die nadelige uitwerking van stres op die liggaam bewus word. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet streshanteringstrategieë insluit wat vir die alledaagse lewensomstandighede en dan veral wanneer die persoon 'n maaltyd geniet, aangewend kan word. Hierdie strategieë is van belang aangesien die peristalse in die spysverteringskanaal afneem en vertering verlaag as die liggaam in 'n staat van stres verkeer. Die kind moet dus leer om stres in sy lewe te identifiseer en om ontspanningstegnieke aan te wend.

2.4.2.7 Slaappatrone

Navorsing toon 'n verband tussen die ritme van daaglikse voedsel-inname en die sirkadiese tydsberekeningstelsel (*circadian timing system*) van die liggaam wat gesondheid kan bevorder (Stenvers *et al.*, 2012:360). Slaapbehoefte neem af van ongeveer 11 ure per dag op 5 jaar na ongeveer 10 ure op 9 jaar en ongeveer 9 ure op 13 jaar. Papalia *et al.* (2009:336), asook Kramer en Daniels (2008:570), is van mening dat baie kinders in Amerika minder as die bogenoemde vereiste slaap. Volgens hierdie skrywers kan die probleem veral aan televisiekyk in die aand gekoppel word. Te min slaap korreleer ook met psigososiale en gedragsprobleme, asook metaboliese veranderinge in die liggaam (McGlinchey & Harvey, 2014:409; Stenvers *et al.*, 2012:370). Verskeie navorsers is van mening dat 'n gebrek aan slaap 'n bydra lewer tot gewigstoename deurdat sekere hormone negatief beïnvloed word, soos leptin, ghrelin, insulien en die tiroïedstimulerende hormoon (TSH) (Berthoud & Morrison, 2008:58; Cizza & Rother, 2012:xiv; Stenvers *et al.*, 2012:366; Westerlund, Bottai, Adami, Belloc, Nyrén, Akerstedt en Lagerros, 2014:1200-1202). Westerlund *et al.* (2014:1202) is verder van mening dat 'n gebrek aan slaap ook 'n niehormonale effek op die liggaam het deurdat 'n persoon te moeg is om fisiek aktief te wees. Slaapapnee wat toegeskryf word aan die oormatige vetweefsel rondom die boonste lugweg, wat nie net veroorsaak dat die persoon snork nie, maar ook 'n blokkasie vorm wat lugvloei bemoeilik, kan ook die kind se slaappatrone beïnvloed (Gabriel & Ronald Riba, 2014:83-85; Kushner & Aronne, 2008:122; McGlinchey & Harvey, 2014:418). Gabriel en Ronald Riba

(2014:81-83) is van mening dat 'n goeie slaaptydroetine by die kind gevestig moet word om slaappatrone te bevorder.

**Biologiese dimensie
Slaappatrone**

Voldoende slaap is van groot waarde, aangesien dit die totale funksionering en gesondheid van die kind beïnvloed. Te min slaap korreleer met psigososiale en gedragsprobleme as ook metaboliese veranderinge wat tot gewigstoename en onaktiwiteit kan lei. Die kind het dus 'n basiese behoefte aan voldoende slaap en 'n goeie slaaproetine wat die slaappatrone bevorder. Slaapapnee kan as gevolg van oorgewig of vetsug wees en die kind se gesondheid benadeel, wat tot verdere gewigstoename kan bydra. Indien die kind nie voldoende slaap kry nie, moet die probleem ondersoek en hanteer word, hetsy deur terapeutiese of mediese ingryping.

2.4.3 Psigososiale en omgewingsdeterminante

Die psigososiale en omgewingsdeterminante sluit fisieke oefening, immobiliteit, sosiale, kulturele en samelewingsfaktore, asook die gesins- en familieraamwerk en die moeder-kind-verhouding in. Hierdie is veral die terrein waar die rol van die maatskaplike werker, as medeverantwoordelike, van groot waarde kan wees, aangesien die ekologies sistemiese benadering gevolg word (Eliadis, 2006:86-88) (verwys na par. 3.2).

2.4.3.1 Fisieke oefening en immobiliteit

Die moderne leefwyse dra by tot fisieke onaktiwiteit (Berthoud, 2004:781; Grundy, 2008:471). Giles-Corti, Robertson-Wilson, Wood, Falconer (2010:137) meen dat tegnologiese ontwikkeling aanleiding gee tot sosiale isolasie, eensaamheid, depressie en angstigtheid, maar dit het ook 'n impak op gewig en fisieke aktiwiteit.

2.4.3.1.1 Die rol van die ouers/kind ten opsigte van fisieke oefening

Vrees en bekommernis oor veiligheid in die gemeenskap, asook beperkte toegang tot parke dra by dat buitenshuise aktiwiteite verhinder word (Giles-Corti *et al.*, 2010:137; Grundy, 2008:471; Wilfley *et al.*, 2010b:287). Kinders het dus 'n behoefte aan 'n veilige omgewing waarbinne die behoefte aan fisieke aktiwiteite uitgeleef en ten volle ontwikkel kan word. In 'n studie van Jonides, Buschbacher en Barlow (2002:216) is bevind dat slegs 20% van Amerikaanse kinders twee of meer ure per week intensiewe fisieke oefening doen en dat 67% van Amerikaanse

kinders meer as twee ure per dag televisie kyk. Tuso (2014:61) se studie bevind egter dat kinders ongeveer 7,5 ure per dag voor televisie- en rekenaarskerms deurbring. Hierdie statistiek is baie kommerwekkend, aangesien oormatige televisie- en skermtyd verbind kan word met oorgewig of vetsug (Kramer & Daniels, 2008:572-573; Papalia *et al.*, 2009:253-254; Wilfley *et al.*, 2010b:293). Kemp en Pienaar (2011:1) bevestig in hul studie dat vetsugtige kinders nie aan die voorgestelde riglyn van 60 minute se matig intensiewe fisieke aktiwiteit per dag voldoen nie en dat daar strategieë gevind moet word om hul aktiwiteitsvlakke te verhoog.

Motoriese vaardighede blyk ook 'n invloed op die kind se fisieke aktiwiteite te hê. Du Toit en Pienaar (2003:45) toon aan dat oorgewig of vetsugtige kinders op die ouderdom van vier jaar dikwels 'n gebrek aan motoriese vaardighede het (verwys na parr. 2.4.2.1 en 3.3.4). Kemp en Pienaar (2011:4) wys daarop dat die kind minder selfvertroue toon om aan aktiwiteite deel te neem en fisieke ongemak ervaar in hul liggame (pyn in hul voete en binnebeenuitslag wat veroorsaak word deur die skuur en sweet) terwyl hul oefeninge doen wat veroorsaak dat hulle van die fisieke aktiwiteit onttrek.

Viktimisering blyk ook 'n hindernis vir fisieke aktiwiteit te wees wat bydrae tot die negatiewe beleving van sportdeelname en wat tot verlaagde fisieke aktiwiteit kan lei (Lawrence, 2010:314; Puhl & Brownell, 2008:84; Tang-Péronard & Heitmann, 2008:532). Edmunds (2008:197) bevestig hierdie negatiewe beleving en viktimisering wat oorgewig kinders en hul ouers tydens sportaktiwiteite ervaar, aangesien die mededeelnemers en afrigters die kind as te oorgewig vir deelname bestempel (hierdie aspek word breedvoerig in par. 2.4.4.3 bespreek). Ouers moet dus ook sport en fisieke aktiwiteite binne die gesin bevorder deur die nodige voorbeeld aan die kind te stel.

Daar bestaan dus verskeie redes vir onaktiwiteit by kinders. Hierdie redes sluit onder andere aspekte van veiligheid in die omgewing, motoriese vaardighede van die kind en viktimisering van die kind deur maats en afrigters in. Onaktiwiteit by die kind is dus nie net bloot uit luiheid nie. Die moderne leefstyl eis sy tol met kinders wat eerder in hul vrye tyd met elektroniese apparate wil speel, soos iPads, selfone, X-box, en televisie en films wil kyk. Kinders se vermaak word dus deur die samelewing as staties en elektronies aangebied wat verreikende gevolge op die kind se gewig het en nie noodwendig in die beste belang van die kind is nie.

2.4.3.1.2 Die rol van die skool ten opsigte van die kind se fisiese aktiwiteite

Die skool moet fisiese aktiwiteite bevorder (De Ridder & Coetzee, 2013:246), aangesien kinders ongeveer 33% van hul tyd by die skool deurbring (Tuso, 2014:61). Navorsers beklemtoon ook die feit dat al hoe meer kinders na skole vervoer word as gevolg van ouers se bekommernisse oor hul kinders se veiligheid (beserings deur ongelukke en roekelose bestuurders asook misdadigers wat kinders teiken) (Cohen, 2008:198; De Ridder & Coetzee, 2013:245; Wilfley *et al.*, 2010b:287). Papalia *et al.* (2009:338) en De Ridder en Coetzee (2013:246-248) is van mening dat georganiseerde sport by skole soveel as moontlik kinders moet betrek, eerder as om net op spesifieke natuurlike atlete te fokus. Hierdie navorsers voer verder aan dat die fokus op die ontwikkeling van vaardighede moet wees en nie net op die kompeterende aard van die sport nie. De Ridder en Coetzee (2013:246-247) is verder van mening dat kinders so gestimuleer moet word dat hulle die fisiese aktiwiteit geniet en dít wat in hul omgewing beskikbaar is vir fisiese oefening aanwend (bv. in Afrika-lande word daar gejag, voedsel versamel en tradisionele danse gehou). Volgens De Ridder en Coetzee (2013:239-249) moet daar op nasionale vlak na die erns van kindervetsug en fisiese oefening op skool gekyk word. Die skool bied die omgewing waar onderwysers bewusmaking van die probleem kan bevorder en deur die aanbieding van kurrikulêre programme die betrokkenheid van kinders ten opsigte van die voorkoming en hantering van die probleem op 'n nieviktimiserende en nediskriminerende wyse kan verkry (Tuso, 2014:61). Kemp (2008:107) dui aan dat 'n multidissiplinêre intervensie-program wat fisiese aktiwiteite insluit, verskeie voordele inhou om die voorkoms van oorgewig of vetsug te verlaag.

Gunstige omstandighede moet binne die skoolomgewing geskep word waarbinne die kind aan fisieke aktiwiteite kan deelneem. Oorgewig of vetsugtige kinders ervaar minder selfvertroue en hoër fisieke ongemak tydens sportdeelname. Sportdeelname het dus ook 'n invloed op die psigososiale beleving van die kind. Die skool kan hierdie probleem hanteer, soos deur navorsers aanbeveel word, deur al die kinders by die skool by sportprogramme te betrek en dus nie net die sportiewe kinders nie. Die rol van die maatskaplike werker, as medeverantwoordelike, is van groot waarde in hierdie verband aangesien sy vanuit 'n ekosistemiese benadering werk. Die maatskaplike werker kan die nodige leiding in samewerking met die bio-en kinderkinetikus, aan skoolhoofde, ouers en ander belanghebbendes ten opsigte van die psigososiale voordele van sportdeelname bied.

2.4.3.2 Sosiale, kulturele en samelewingsfaktore

Weiten (2013:376; 406), asook Videon en Manning (2003:369) toon aan dat daar aangeleerde voorkeure en gewoontes ten opsigte van eet en voedsel in gemeenskappe bestaan en dat verskillende kulture verskillende voedselsoorte eet. Die algemene houding teenoor voedsel en aanvaarbare gewig word in die huis en die gemeenskap ontwikkel (Edmunds, 2008:198). Swinburn en Egger (2008:180) verwys na die term *obesogenic environment*, die skadelik vetsugtige omgewing en definieer die term as: “the sum of influences that the surroundings, opportunities, or conditions of life have on promoting obesity in individuals or populations.” 'n Voorbeeld van hierdie skadelik vetsugtige omgewing is volgens James en Gill (2008:161-162), asook Kruger *et al.* (2005:494-495), tradisionele gemeenskappe wat die Westerse leefstyl begin aanhang en dan oorgewig of vetsug ontwikkel as gevolg van die verandering. Verder noem Bruss, Morris en Dannison (2003:1042) en Eliadis (2006:87) dat voedsel 'n belangrike rol in familiebyeenkomste en sosialisering speel en dat die familie, veral die ouma aan moederskant, die babavoedingspraktyke beïnvloed.

Verskeie studies wat die verband tussen vetsug en armoede beskryf, is al gepubliseer. Die kern hiervan word deur Stern en Kazaks (2009:95) saamgevat: “People with the most resources will be able to eat nutritious food and maintain proper weight, while the poorest, with less access to healthy food and nutrition

education, are increasingly likely to be overweight.” Davies (2011:92) bevestig dat ouers as gevolg van armoede nie die nodige voedsel vir die gesin kan koop nie. Die maatskaplike werker speel dus 'n rol in die verligting van armoede, nie net as gevolg van die maatskaplike verval wat dikwels met armoede gepaard gaan nie, maar ook ten opsigte van die ondersteuning van die gesin om gesonde, voedsame voedsel vir optimale funksionering te bekom en om dienste vir voedingsvoorligting daar te stel.

**Psigososiale en
omgewingsdeterminante
Samelewingsfaktore**

Dit wil voorkom of die samelewing en kultuur 'n invloed op die eetgewoontes en voedselkeuses van 'n mens het. Die samelewing bepaal ook wat aanvaarbare en onaanvaarbare perke van gewig is. Die erns van die kind se oorgewig word dus dikwels deur die druk van die samelewing/gemeenskap uitgespreek en dit kan dan by die ouer 'n motivering skep dat die kind gewig moet verloor al dan nie. Die invloed van sosiale, kulturele en samelewingsfaktore moet dus ook in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in ag geneem word.

2.4.3.3 Eetgewoontes

Die navorser Garrett (2015:178), asook Swinburn en Egger (2008:179), is van mening dat die eenvoudige verduideliking vir die oorsaak van vetsug, naamlik dat 'energie-inname oorskry energieverbruik', een van die grootste mites vir die oorsaak van oorgewig is, aangesien daar verskeie redes vir dié ingewikkelde saak bestaan. Garrett (2015:178) gaan verder en noem dat mense nie oorgewig is omdat hul nie die versoeking om te eet kan weerstaan nie en/of 'n gebrek aan impulsbeheer het nie en/of die onvermoë het om bevrediging uit te stel nie. Eetgewoontes is slegs 'n enkele aspek wat hierdie toestand veroorsaak. Die kind leef binne die gesin en daarom is die invloed van die ouers op die eetgewoontes van die kind van kardinale belang en hierdie aspek gaan vervolgens bespreek word.

2.4.3.3.1 Die rol van die ouers ten opsigte van die kind se eetgewoontes

In 'n groot mate is voedselvoorkeure 'n saak van blootstelling. Mense verkies oor die algemeen voedsel-items wat aan hulle bekend is. 'n Kind sal baie makliker onbekende voedsel eet as die volwassene dit eerste eet (verwys na par. 3.3.1.1). Verskeie navorsers bevestig dat kinders hul ouers se eetgewoontes aanleer en

toepas (Gruber & Haldeman, 2009:4-5; Katz, Madjar & Harari, 2015:472; McCaffree, 2003:1587; Puder & Munsch, 2010:S37). Indien die ouers 'n voorkeur het vir hoëvet- en energiedigtevoedsel, sal dit die kind se aanvaarding van 'n verskeidenheid voedsel beperk en hul honger- en versadigingseine ontwig (kyk par. 2.4.2. in hierdie verband). 'n Persoon se houding teenoor voedsel en eetgewoontes word dus in die gesin aangeleer en versterk (Bruss, Morris & Dannison, 2003:1042; Damiano, Hart & Paxton, 2015:7-8; Farrow, Haycraft & Blissett, 2015:908; Gruber & Haldeman, 2009:1-2;5; Wansink & Van Kleef, 2014:E91-E92).

Sullivan (2004:26) is van mening dat die omstandighede van die ouers 'n groot rol in 'n kind se eetgewoontes speel. Dit is nie noodwendig 'n gebrek aan inligting of apatie wat ouers in die verkeerde rigting ten opsigte van eetgewoontes by hul kinders stuur nie, maar 'n gejaagde lewenswyse wat tot moegheid by die ouers lei wat ongesonde keuses bevorder (Eliadis, 2006:86; Ludwig, 2007b:13; Sullivan, 2004:26). Bergmeier, Skouteris, Haycraft, Haines en Hooley (2015:1314-1316), asook Gruber en Haldeman (2009:4), wys daarop dat veral die moeder 'n groot invloed op die kind se eetgewoontes het, aangesien sy die meeste tyd by die kind spandeer en die kind dan die moeder se eetgedrag en -gewoontes navolg. Werkende moeders kan 'n negatiewe rol speel indien hul as gevolg van te min beskikbare tyd te veel kitskos koop. Hierdie kinders kry ook minder blootstelling aan die voorbereiding van maaltye in die huis en as gevolg daarvan word kookvaardighede nie ontwikkel nie (Stern & Kazaks, 2009:95).

Daar is verskeie faktore in 'n kind se dieët wat tot oorgewig of vetsug kan lei en geïdentifiseer kan word. Een voorbeeld hiervan is 'n dieët gebaseer op gemorskos – voedsel wat te hoog is in sout, suiker en vette. Die voedsel is gewoonlik energiedig, het min of geen voedingswaarde nie, en min groente en vrugte word ingesluit (Farrow, *et al.*, 2015:908; Gruber & Haldeman, 2009:4; Kruger *et al.*, 2005:493; Sullivan, 2004:26; Wilfley *et al.*, 2010b:285-300). Die resultate van hierdie tipe diëte lei tot ongesonde kinders met vitamien- en mineraaltekorte en gewigsprobleme (WGO, 2016). Volgens Sullivan (2004:28) en Videon en Manning (2003:365-366), is kinders wat nie ontbyt eet nie ook 'n groot bekommernis omdat hulle sukkel om te konsentreer en indien hulle honger word, eet hulle ongesonde

happies. Ongesonde happies, gaskoeldrank en te veel vette is 'n groot bydraende faktor tot oorgewig of vetsug (Farley & Dowell, 2014:1580-1581; Kruger *et al.*, 2005:493). Navorsers bevind verder dat deur water tydens die maaltyd te drink en indien die maaltydspoeed verlaag kan word, dit as die mees suksesvolle strategie om versadiging te bevorder en so energie-inname te reguleer, beskou word (Andrade, Kresge, Teixeira, Baptista en Melanson, 2012:7; Rozin, 2005:S110).

Gabriel en Ronald Riba (2014:52) is van mening dat 'n kind nie gedwing moet word om te eet nie en dat geen dreigemente die kind sal oortuig om te eet nie. Die ouer moet dus die kind leer om eerder op sy honger- en versadigingseine ingestel te wees. Verskeie navorsers beskryf aspekte wat tot gesonde, genotvolle eetgewoontes kan lei en 'n invloed op die LMI (Wansink & Van Kleef, 2014:E94) kan hê, naamlik: gesamentlike gesinsetes waar ten minste een ouer teenwoordig is, stresvol teenoor ontspanne eet, maaltye met positiewe kommunikasie, die kwaliteit van voedsel, eetspoed, ritme van maaltye, bewustelike eet (*mindful eating*), asook die vermyding van toksiese gedagtes rondom voedsel en gewig (David, 2015:10; Rozin, 2005:S111-S112; Siegel, 2010:261; Videon & Manning, 2003:370-371; Wansink & Van Kleef, 2014:E94). Siegel (2010:32) beskryf die term *bewustelikheid (mindfulness)* as bewustheid, aandag en onthou. Dit is dus 'n niebeoordelende beleving van die huidige oomblik (Hölsel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott, 2011:538). Bogenoemde inligting maak dit duidelik dat die gesin se lewenswyse 'n groot invloed op die kind se gewig kan hê en dat gesamentlike gesinsetes en bewustelike eet tot gesonde eetgewoontes kan lei.

**Psigososiale en omgewingsdeterminante
Eetgewoontes:
Rol van die ouers**

Uit die voorafgaande wil dit voorkom of ouers se werksomstandighede en ander verantwoordelikhede druk op die ouer plaas en veroorsaak dat daar nie genoegsame tyd vir voedselvoorbereiding is nie. Vinnige beskikbare voedsel (kitskos) word dan aan die kind voorsien wat oorgewig en vetsug kan bevorder. Die ouers modelleer hul eie swak eetgedrag aan die kind, wat tot ongesonde eetgewoontes en –gedrag by die kind kan lei. Gesamentlike aandetes met die gesin, waar ten minste een ouer teenwoordig is, toon verskeie voordele. Die maatskaplike werker se taak in hierdie verband is om die gesinsisteem waarbinne die kind leef, op gevare van hul omstandighede uit te wys asook die impak daarvan op die kind om sodoende die sisteem positief te beïnvloed.

Die totale belewing van die eetervaring is dus van toepassing as die kind eet en nie net die voedsel op sigself nie. Eet is nie net die voedsel nie, maar die hele atmosfeer rondom die maaltyd. Die ouers moet ook bewus gemaak word van hulle bydra tot die kind se gewigsprobleem en hulle moet ondersteun word om die kind by te staan om gesonde voedselkeuses te maak. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet dus die hele gesin betrek sodat die eetgewoontes in die gesin aangepas kan word en waar nodig, verandering teweeg te bring. Die kind moet derhalwe nie net as 'n individu behandel word nie, maar sy sisteme moet ook betrek en positief aangewend word. Hierdie aspek moet deur die holistiese spanbenadering hanteer word om suksesvolle en volhoubare eetgewoontes by die kind en die gesin te bewerkstellig.

2.4.3.3.2 Die rol van die skool ten opsigte van die kind se eetgewoontes

Die skool is volgens Swinburn en Egger (2008:186) die natuurlikste omgewing waar voedsel en fisieke oefening beïnvloed kan word. Die skool kan 'n groot rol speel in die opvoeding van die kind in terme van die voedingswaarde van voedsel, eetgewoontes, verhoogde aktiwiteitsvlakke en om die nadele van te veel televisiekyk, te hanteer (Farris *et al.*, 2011:12; Fialkowski, DeBaryshe, Bersamin, Nigg, Guerrero, Rojas, Areta, Vargo, Belyea-Camacho, Castro, Luick & Novotny, 2014:2267; Harrist *et al.*, 2016:2; Swinburn & Egger, 2008:186).

**Psigososiale en
omgewingsdeterminante
Eetgewoontes:
Rol van die skool**

Die skoolomgewing speel 'n belangrike rol in die opvoeding en voorkoming van oorgewig of vetsug. Die skool kan hul verantwoordelikheid ten opsigte van die kind se eetgewoontes nakom deur 'n positiewe rol te speel en klein veranderinge by die skool aan te bring, byvoorbeeld deur gesonde voedsel by die snoepie te verkoop en skoon drinkwater aan leerders te voorsien. Die onderwyser kan deur 'n kurrikulêre program ten opsigte van die voorkoms en hantering van oorgewig of vetsug die kind in die lewensoriënteringsklas toerus.

2.4.3.3.3 Toegang tot voedsel

Navorsers (David, 2015:65; Gabriel & Ronald Riba, 2014:53; Woods, 2009:496) vind dat die verandering in maaltydgrootte nie altyd die gewenste uitwerking het nie. In 'n eksperiment van Woods (2009:495), is diere se toegang tot voedsel beperk, maar indien hulle toegang tot voedsel het, is hulle toegelaat om soveel as wat hulle kan, te eet. Daar is bevind dat die diere hul strategie verander het deur 'n paar groot etes te eet wat die totale inname per dag en hul liggaamsgewig konstant gehou het. Die teenoorgestelde het gebeur wanneer daar beperkings op die maaltydgrootte geplaas is. Die diere het gereageer deur meer etes per dag te eet om die liggaamsgewig te beskerm. Die navorsers, Groesz *et al.* (2012:717), is van mening dat mense met onbuigsame reëls oor voedsel minder oplettend is ten opsigte van hulle fisiologiese aanwysings vir honger en versadiging wat dan tot ooreet lei. Ouerlike voedingspraktyke wat te veel beheer oor die kind se eetgewoontes wil uitoefen, kan tot oorgewig of vetsug lei (Bergmeier *et al.*, 2015:1311; Papalia *et al.*, 2009:253; Shloim, Edelson, Martin & Hetherington, 2015:16). Gabriel en Ronald Riba (2014:53) bevestig dat voedingspraktyke waar die ouer nie die kind ten opsigte van voedsel-inname beheer nie, die grondslag vir 'n gesonde verhouding met voedsel by die kind is. Indien daar herhaalde beperkings op porsiegroottes geplaas word, lei dit tot voedselonsekerheid by kinders waar hulle voortdurend bekommerd is dat hulle honger sal wees en nie genoeg voedsel sal kry nie; impulsief sal ooreet of voedsel sal wegsteek; en skuldig sal voel wanneer hulle wel eet.

**Psigososiale en
omgewingsdeterminante
Eetgewoontes:
Toegang tot voedsel**

Voedselbeperking moet met groot omsigtigheid hanteer word en individuele behoeftes moet eerder in ag geneem word. Daar moet op die kwaliteit van voedsel (voedingswaarde) gefokus word en nie net op die kwantiteit nie. Die reël in die huisgesin kan dus van kind tot kind verskil ten opsigte van kwantiteit, aangesien behoeftes verskil (byvoorbeeld ouderdom, aktiwiteitsvlakke, allergieë, vitamien- en mineraalvlakke) maar nooit van kwaliteit nie. Hierdie aspek kan ook tot konflik binne die gesin lei, indien 'n kind weens 'n spesifieke rede van die res van die gesin uitgesluit voel; kommunikasie binne die gesin word om hierdie rede benadruk. Daar word verder afgelei dat die kind die vermoë moet aanleer om na die liggaam se fisiologiese seine/boodskappe (stres, honger, versadig) te luister en moet deur die ouers en kind gerespekteer word.

2.4.3.4 Familieraamwerk

Die studie van Rimm en Rimm (2004:165) dui aan dat vetsugtige dogters vier keer meer, en vetsugtige seuns drie keer meer geneig is om swak gesinsverhoudings te rapporteer as die geval met hul portuurgroep met normale gewig. Anderson *et al.* (2012:132) bevestig dat die verhouding tussen veral die kind en moeder 'n belangrike rol speel by die ontwikkeling van oorgewig en vetsug (hierdie aspek word breedvoerig in parr. 3.5 en 3.6 bespreek). Beckman, Hawley en Bishop (2006:268) wys daarop dat oorgewig of vetsug dikwels 'n probleem in die hele gesin is en dat die rol van die ouers ten opsigte van eet- en oefengewoontes nie ongesiens verby moet gaan nie; die hele gesin moet by die behandeling betrek word. Die kind kan dus nie tydens behandeling in 'n kokon geplaas word nie en daarom moet al die sisteme waarbinne die kind beweeg, en veral die gesin, betrek word. Die rol van die ouers in die gesinsverband word vervolgens bespreek.

2.4.3.4.1 Die rol van die ouers in gesinsverband

Ouers se uitdaging is nie net om die kind se gewigsprobleem te hanteer nie, maar hulle kan 'n bydraende rol tot die probleem speel. McCaffree (2003:1587) identifiseer vyf rolle wat ouers kan speel om die kind se gewig, eetpatrone, en fisieke aktiwiteite te beïnvloed. Die rolle word as voorsiener, afdwinger, beskermmer, rolmodel en advokaat beskryf en sal vervolgens bespreek word.

- **Voorsiener**

Voedsel wat in die huis voorsien word, bepaal 'n lewenslange eetpatroon vir die kind. Indien die kind in die huis aan 'n verskeidenheid gesonde voedsel soos groente en vrugte blootgestel word, sal hierdie patroon teen die volwasse stadium gevestig wees (Gruber & Haldeman, 2009:4). Die ondersteuning wat die kind binne die huisgesin ontvang om gesonde eetpatrone te vestig, asook gesamentlike gesinsetes, is ook van groot waarde (Bergmeier *et al.*, 2015:1314-1316; Gruber & Haldeman, 2009:3; Katz *et al.*, 2015:471-472; Videon & Manning, 2003:365-371). Laasgenoemde aspek word ook in parr. 2.4.3.3 en 3.3.1.1 breedvoerig bespreek.

- **Afdwinger**

Indien 'n kind oorgewig is, is dit dikwels die geval dat ouers meer beherende gedrag ten opsigte van die kind se voedsel-inname toon. Deur die kind se inname te oorbeheer, kan dit die kind se vermoë om later in sy lewe selfregulerende voedsel-innamegedrag aan die dag te lê, negatief beïnvloed (Bergmeier *et al.*, 2015:1314-1316; Farrow *et al.*, 2015:908; Gruber & Haldeman, 2009:4; Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006) (verwys ook na par. 2.4.3.3 in hierdie verband).

- **Rolmodel**

McCaffree (2003:1587) stel dat “the best thing that parents can do when role modeling is to demonstrate that healthy weight management is a reflection of self-care that includes positive food and activity behaviors that come from and reinforce a positive self-image.” Die ouers moet dus 'n positiewe rolmodel vir die kind wees wat die kind tot optimale funksionering lei (Gruber & Haldeman, 2009:4-5; Puder & Munsch, 2010:S37) (verwys na parr. 2.4.3.1.1 en 2.4.3.3.1).

- **Advokaat**

Kinders se noodkrete vir 'n gesonde en optimale lewe word dikwels nie gehoor nie. Ouers, die skool, gemeenskappe, regeringsorganisasies, die media en die voedselbedryf moet hul verantwoordelikheid opneem om as advokate vir die kind op te tree en sodoende die kind te ondersteun en by te staan om hul gesondheid te bevorder (Eliadis, 2006:87; De Ridder & Coetzee, 2013:247; Kruger *et al.*,

2005:497). Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO, 2016) verskaf ook riglyne sodat alle rolspelers 'n positiewe bydrae as advokaat vir kinders in hierdie verband kan lewer (Lobstein, 2008:147-149).

- **Beskermer**

Ouers moet hul kinders op positiewe wyses beskerm, maar nie deur 'kospolisie-beamptes' te word nie. Ouers moet/mag druk plaas dat porsiegrootte en spyskaarte in restaurante gesonder keuses bied (Rozin, 2005:S109-S110). Ouers moet bewus wees dat hulle 'n rol in die kind se oorgewig of vetsug speel. Die rol moet bewustelik ten goede aangepas of verander word. Indien die ouer byvoorbeeld stigmatiserende opmerkings teenoor die kind ten opsigte van sy gewig maak, moet die rol as beskermer herevalueer word, of indien die ouer ongesonde voedsel voorsien, moet die rol as voorsiener herevalueer word. Ouers moet hul kinders beskerm teen die toename in negatiewe mediadekking, viktimisering en stigmatisering met betrekking tot hul gewig en die skuldgevoelens wat daarmee gepaard gaan (Farley & Dowell, 2014:1581; Gray *et al.*, 2009:723-724).

**Psigososiale en
omgewingsdeterminante
Familiëraamwerk:
Rol van die ouers**

Die ouer speel 'n rol by die kind se oorgewig of vetsug. Hierdie rol kan egter 'n negatiewe of 'n positiewe invloed hê. Die ouer het die verantwoordelikheid om sy rol te herevalueer en 'n gesonde en positiewe lewensruimte vir die kind in die beste belang van die kind en sy toekoms te skep. Die maatskaplike werker kan die ouer deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram begelei, bemoedig en bemagtig om hierdie verantwoordelikheid teenoor die kind na te kom en die negatiewe aspekte te beperk.

2.4.3.4.2 Gesinskenario's wat die gewigsprobleem kan versterk

Ouers het nie alleen 'n invloed op die kind se gewig nie, maar die totale gesinsdinamika kan ook 'n bydraende rol tot die oorgewigprobleem speel. Rimm en Rimm (2004:174-181) identifiseer en beskryf vier verskillende tipe gesinskenario's waar liggaamsgewig 'n beduidende rol speel. Dit blyk vir die navorser of hierdie gesinskenario's verband hou met die tipe ouerskapstyl van die ouers (kyk par. 3.6). Hierdie vier tipes gesinne word vervolgens bespreek (waar van toepassing, word stigmatiserende name verander):

- **Die Gelukkige Swaargewigte (“The Happy Heavies”)**

Volgens Rimm en Rimm (2004:173-174) voorsien hierdie ouers redelik gebalanseerde maaltye en het hulle genoegsame kennis van goeie gesondheid, maar ten spyte daarvan eet die hele gesin te veel en te gereeld (Pocock, Trivedi, Wills, Bunn & Mugnusson, 2009:345). Lede van hierdie gesinne word as oorgewig tot vetsugtig geklassifiseer. Hierdie gesinslede eet omdat dit so aangenaam en gesellig is (verwys ook na par. 2.4.2.4). Die eienskap van hierdie gesin is dat hulle 'n goeie kwaliteit lewe openbaar en ondersteunende familielede het. Die kinders neig om goeie selfvertroue te openbaar, alhoewel hulle nie geleer is om beperkings ten opsigte van voedsel te ontwikkel nie (Farrow *et al.*, 2015:908;913; Gruber & Haldeman, 2009:4; Pocock *et al.*, 2009:344-345; Puder & Munsch, 2010:S37-S38; Rimm & Rimm, 2004:173-175). Dit blyk dat hierdie ouers 'n gesaghebbende tot 'n permissiewe ouerskapstyl kan openbaar (Anderson, 2011:1885).

- **Die Eensame Gesondheidsfanatikus (“The Lonely Health Nut”)**

Hierdie disfunksionele familieverhouding word volgens Rimm en Rimm (2004:175-176) gekenmerk deur een ouer wat oorbesorg en oorbekommerd is aangaande voeding en oefening. Die ouer is baie gesondheidsbewus aangesien hy of sy óf ondergewig is óf sukkel om gewigsbeheer toe te pas. Die gesondheidsbewuste ouer kan baie beherend wees in die begeleiding van die kinders of kan bitter wees oor die ander ouer se gemaklike houding en die kinders se disrespek teenoor die riglyne (Gruber & Haldeman, 2009:5). Die ander ouer kan die gesondheidsbewuste ouer saboteer deur byvoorbeeld ‘verbode’ eetgoed aan die kinders te gee. Die ouers sal dan gewoonlik oor voedsel argumenteer en die kinders sal manipulerend en rebelse gedrag toon, terwyl hulle erge gewigs- en voedingsprobleme ontwikkel. Hierdie kinders kan ook skelm eters raak en voedsel vir die ouer wegsteek (Danford, Schultz & Marvicsin, 2015:43; Farrow *et al.*, 2015:908; 911; Pocock *et al.*, 2009:345-346; Rimm & Rimm, 2004:175-178).

In sekere gevalle kan die grootouers ook die rol van die eensame gesondheidsbewustes inneem (Bruss, Morris & Dannison, 2003:1042; Rimm & Rimm, 2004:177-178). Die grootouers kan deurlopend raad gee ten opsigte van gesonde voedsel en die kind se eetgewoontes (kyk ook par. 2.4.3.2).

- **Die Swart Skaap (“The Family Scapegoat”)**

’n Patroon wat dikwels in families voorkom, is die alleen vet kind – die ‘swart skaap’ – wat vir al die gesin se probleme verantwoordelik is. Hierdie kind toon ook dikwels gedragsprobleme. Die gesin sal soveel eet, drink en feesvier soos hulle wil en die vet kind daaraan herinner om nie soveel te eet nie. Die gesin sal smul aan die lekker voedsel en geen gewig optel nie, terwyl die vet kind baie versigtig aan die lekker voedsel moet smul en nog steeds ’n paar kilogram optel. Wanneer ’n kind die swart skaap is, is daar dikwels ander probleme en stres in die gesin wat misgekyk word, met onverdiende skuld op die oorgewig kind gerig. Dikwels vorm hierdie kind die gom wat die ander broer/suster en die ouer se verhouding aanmekaar hou. Dit is duidelik dat al die verhoudings in die gesin disfunksioneel is, maar vir die ouer en die ander broer/suster is die swart skaap daar sodat hulle nader aan mekaar kan voel. Die swart-skaap-kind voel ook dikwels geïsoleerd van die res van die gesin. Die swart-skaap-kind leer dikwels om beheer te neem oor hul eetgewoontes en verloor so gewig, maar het ’n buitengewone stryd om dit te bereik (Farrow *et al.*, 2015:912; Pocock *et al.*, 2009:345, 347; Puder & Munsch, 2010:S38; Rimm & Rimm, 2004:178-180).

- **Die Perfeksionis (“The Perfectionist”)**

“Perfectionistic families can actually encourage children to become overweight because children who feel like nothing they do is good enough to please their parents can easily give up on themselves and eat for comfort” (Rimm & Rimm, 2004:180). Die outoritêre ouerskapstyl kan moontlik aan hierdie ouer gekoppel word (Anderson, 2011:1885). Kinders raak volgens Rimm en Rimm (2004:180) afhanklik van lofprysings en kan aktiwiteit waarin hulle nie die beste is nie, begin vermy. Hierdie kinders kan sukkel om gevoelens van mislukking te hanteer wanneer hulle nie die mooiste, beste of maerste is nie. Hierdie kinders is ook, volgens Rimm en Rimm (2004:180), veral op perfekte liggaamsbou en gewig gefokus en sien hulleself as oorgewig, al is dit nie die geval nie. Hulle glo dat jy perfek moet wees om gelukkig te wees (Puder & Munsch, 2010:S40; Rimm & Rimm, 2004:180-181).

- **Die 3M-gesin: Moeg, Moedeloos en Magteloos**

(“3D families: Depressed, Dependent and Down-and-Out”)

Rimm en Rimm (2004:181) is van mening dat baie vetsugtige kinders uit hierdie tipe huise kom. Oorgewig was nie alleen 'n probleem in die gesinne nie, maar swak gesinsverhoudinge en baie ander maatskaplike probleme het ook in die gesin voorgekom. Siekte, die dood van 'n familielid, egskeiding en enkelouerskap is dikwels oorweldigende probleme wat in hierdie gesinne voorkom. Dikwels het die ouers nie die tyd of energie vir die voorbereiding van etes nie en is ook nie sensitief vir voedingskwessies nie. Kitskosse, peuselvoedsel en gemorskos vorm dikwels die kinders se maaltye. Grundy (2008:471) bevestig hierdie gedrag van ouers. Die nalatige ouerskapstyl kan aan hierdie ouers gekoppel word (Anderson, 2011:1885). Hierdie kinders is ook dikwels alleen by die huis en sit voor die TV en eet terwyl interaksie tussen die gesinslede min is. Daar word ook dikwels min grense vir hierdie kinders gestel. 'n Buitestaander, 'n onderwyser, 'n familielid, of die maatskaplike werker kan hierdie kinders veral help om die nodige leiding en ondersteuning te ontvang (Danford *et al.*, 2015:40; Pocock *et al.*, 2009:347-348; Puder & Munsch, 2010:S38; S40; Rimm & Rimm, 2004:181-183).

**Psigososiale en
omgewingsdeterm
inante
Familiëraamwerk:
Gesin**

Die maatskaplike werker kan veral 'n rol speel om oorgewig kinders in hul betrokke gesinne by te staan. Uit bogenoemde blyk dit dat die kind dikwels binne sy gesin konflik ervaar wat tot sy gewigsprobleem kan bydra. Die maatskaplike werker het toegang tot die kind en sy sisteme om negatiewe/destruktiewe gedrag te hanteer en optimale funksionering te help bewerkstellig.

2.4.3.4.3 Die rol van broers en/of susters

In 'n gesin waar daar meer as een kind is, kan persoonlikheidsverskille duidelik opgemerk word. Net soos wat die kinders van mekaar verskil, verskil hul eetgewoontes, voedsel-inname en fisiese voorkeure van mekaar (Pocock *et al.*, 2009:347). Die een kind kan 'n kieskeurige eter wees, terwyl die ander gulsige eters is. Rimm en Rimm (2004:183) en Pocock *et al.* (2009:347) is van mening dat onderlinge jaloesie en kompetisie tussen die kinders, veral vir die wedywing vir die ouers se aandag, nie onderskat moet word nie. Die kinders se eetgewoontes (byvoorbeeld oop mond teenoor toe mond; die voedselkeuses van die kind is op

die ouer se gunsteling voedselsoort gebaseer, ens.) is een manier waarop kinders uitdrukking aan hierdie onderlinge kompetisie kan gee. Kinders leer vinnig dat jy 'n kompliment van die ouer ontvang as jy jou bord kos ledig. Wedywering tussen kinders om daardie laaste skeppie kos of roomys te kry of om net daardie druppel meer koeldrank te kry, kom dikwels in gesinne voor. Rimm en Rimm (2004:184) is van mening dat indien ouers besef dat onderlinge kompetisie 'n klein invloed op kinders se eetgedrag kan hê, die ouers die kinders sal begelei om gesonde, toepaslike eetgewoontes te openbaar (kyk ook par. 4.10.3.2).

**Psigososiale en
omgewingsdeterminante
Familiëraamwerk:
Sibbe**

Die sibbe kan 'n aktiewe of 'n onbewustelike rol in die ontwikkeling van ongesonde gedrag of negatiewe gesinsverhoudinge speel wat oorgewig of vetsug veroorsaak of onderhou. Die gesin is egter die omgewing waar die kind vrylik en sonder veroordeling homself moet uitleef om sy volle potensiaal te bereik. 'n Gesinsoplossing moet dus verkry word en nie net individuele oplossings nie. Die hele gesin moet bereid wees om leefstylveranderinge te maak, asook psigososiale probleme te hanteer; dus nie net die kind wat met oorgewig of vetsug leef nie. Die gesin kan mekaar positief ondersteun.

2.4.4 Emosionele en gedragsdeterminante

Die emosionele en gedragsdeterminante kan oorsaaklik wees, maar daar bestaan ook 'n sterk verband met die gevolge van oorgewig of vetsug, en dit blyk 'n bouse kringloop te wees (Harrist *et al.*, 2016:13). Die oorsaak van oorgewig of vetsug kan aspekte soos die temperament van die kind, gehegtheid, ouerskapstyl, trauma in die lewe van die kind, asook die familiëraamwerk insluit (verwys na parr. 3.4-3.7 en 2.4.3.4). Viktimisering, diskriminasie en stigmatisering kan tot oorgewig of vetsug lei, of die kind kan hierdie destruktiewe gedrag as gevolg van sy voorkoms ervaar. Daar bestaan dus 'n sterk verband tussen die oorsaak en gevolg van oorgewig of vetsug. In Hoofstuk 4 word die spiraaleffek van oorsaak en gevolg meer volledig hanteer. Edmunds (2008:191) konstateer dat die emosionele sy die negatiefste aspek van oorgewig of vetsug is. Gray *et al.* (2009:720) en Mcmanamon (2015:75) bevestig hierdie stelling en is van mening dat vetsug een van die mees stigmatiserende en sosiaal onaanvaarbare toestande in die kinderjare is. Vervolgens gaan die aspekte van die emosionele en gedragsdeterminante bespreek word.

2.4.4.1 Voorkoms van depressie

Depressie kom nie algemeen by oorgewig of vetsugtige kinders voor nie, maar Lawrence (2010:312) toon aan dat depressie in die kinderjare tot gewigstoename in volwassenheid kan lei. Stern en Kazaks (2009:31) is egter van mening dat al die stigmatisering en diskriminasie wat die kind deur sy vriendegroep, as gevolg van sy oorgewig of vetsug ervaar, tot depressie, angs en wanhoop kan lei. Newman en Newman (2012:340) wys op die verband tussen oorgewig, vetsug en depressie, en stel dat fisieke aktiwiteite vir sommiges afneem en honger (wat tot gewigstoename kan lei) toeneem.

Emosionele en
gedragsdeter-
minante
Depressie

Met die voorkoms van oorgewig of vetsug, blyk depressie nie 'n groot probleem te wees nie. Hierdie aspek moet egter in ag geneem word, wanneer daar 'n assessering met die oorgewig of vetsugtige kind uitgevoer word, aangesien dit 'n indirekte oorsaak vir oorgewig of vetsug kan wees.

2.4.4.2 Sosialisering van die kind

Die emosionele trauma wat oorgewig of vetsugtige kinders ervaar, is baie meer intens as wat die meeste gesinne beseef. Hierdie kinders voel dikwels so sleg oor hulleself omdat die samelewing so sleg oor hulle voel (Rimm & Rimm, 2004:7). Die negatiewe sosiale boodskappe wat oorgewig of vetsugtige kinders ontvang, begin voor die ouderdom van vyf jaar en vererger hoe ouer die kind word (Edmunds, 2008:198). Volgens Lawrence (2010:313), toon studies dat kinders eerder met kinders met normale gewig as met oorgewig kinders sosialiseer. Daar word dikwels angstigtheid, depressie, stigmatisering, diskriminasie, emosionele teistering en gespot, veral in die skool gerapporteer, terwyl lae selfbeeld, swak liggaamsbeeld en lae liggaamstevredenheid dikwels waargeneem word (Bass & Eneli, 2015:641; Edmunds, 2008:191; Gray *et al.*, 2009:720; Harrist *et al.*, 2016:1-17; Lawrence, 2010:312; Sue *et al.*, 2014:251; Swinburn & Egger, 2008:532). Gray *et al.* (2009:721-721) dui 'n positiewe korrelasie tussen gewigstatus en sosiale status aan en toon dat oorgewig kinders dikwels deur hulle maats as die minste ideale speelmaat gesien word, dikwels gespot en fisiek en verbaal geboelie word. Die navorsers, Tang-Péronard en Heitmann (2008:522), Edmunds (2008:196-197), asook Puddester en Wareham (2013:69-70) bevestig hierdie

verskynsel wat die kinders ervaar. Viktimisering vind egter nie net deur die maats plaas nie, maar ook deur familieledede en vreemdelinge (Lawrence, 2010:312). Sagone en De Caroli (2013:182) bevestig hierdie siening in hul navorsing en dui die stereotipe profiel van oorgewig of vetsugtige kinders aan as lui, verwaand, traag, sieklik, honger en sosiaal afgesonder. Daarteenoor bevind hulle dat die stereotipe profiel van normalegewigkinders gekenmerk word deur vreugde, intelligensie, moed, selfvertroue, eerlikheid, vriendelikheid en vrygewigheid.

**Emosionele en
gedragsdeterminante
Sosialisering**

Uit die voorafgaande is dit kommerwekkend om te verneem watter sosiale destruktiewe gedrag/optrede die kind wat met oorgewig of vetsug leef in sy alledaagse lewe kan ervaar. Dit word veral gevoed deur stereotipes van oorgewig. Die maatskaplike werker wat binne die ekosisteme werk, kan hierdie destruktiewe gedrag binne die gesin doeltreffend aanspreek en aan die kind die nodige leiding gee om positiewe veranderinge in sy leefwêreld te bring. Die kind het dus 'n behoefte om aanvaar te word soos hy werklik is en nie volgens sy fisieke voorkoms en stereotipiese sienings van ander nie.

Vervolgens word die stigmatisering, diskriminasie en viktimisering van die kind, wat met oorgewig of vetsug leef, bespreek.

2.4.4.3 Stigmatisering, etikettering, diskriminasie en viktimisering van die kind

Gewigsgebaseerde stigmatisering word deur Puhl en Latner (2007:558) gedefinieer as negatiewe houdings en oortuigings wat deur stereotipering, vooroordele en verwerping manifesteer omdat die kind oorgewig of vetsugtig is. Louw en Louw (2014:296) definieer portuurviktimisering as:

“'n Besonder afbrekende vorm van portuurinteraksie is portuurviktimisering of bullebakgedrag, waar sekere kinders gereelde teikens vir verbale of liggaamlike aanvalle of ander vorms van mishandeling word. Bullebakkerij of afknouery kan omskryf word as 'n doelbewuste, opsetlike behoefte om iemand seer te maak, te dreig of bang te maak.”

Puhl en Brownell (2008:82) is verder van mening dat gewigsgebaseerde viktimisering en stigmatisering 'n invloed het op 'n persoon se emosionele gesondheid. Hunger en Tomiyama (2014:579) bevind in hul studie dat “... being labeled ‘too fat’ at age 10 years remained a significant predictor of obesity at age

19 years,” veral as die oorgewig-etiket deur familieledede aan die kind toegeken is. Hierdie afbrekende gedrag kan in die vorm van ’n onskuldige opmerking voorkom, maar dit het ’n vernietigende effek op die kind as mens (Louw & Louw, 2014:296). Dit wil voorkom of die kind hierdie etikettering internaliseer en dan daarvolgens optree en dit uitleef. Etikettering blyk dus negatiewe emosionele en/of gedrag by die kind te bevorder. Die gevolge van die stigmatisering en viktimisering is eet-versteurings, ’n negatiewe selfbeeld en liggaamsbeeld en ’n hoë risiko vir depressie (Choukas-Bradley & Prinstein, 2014:190-191; Kline, 2015:410; Puhl en Brownell, 2008:82). Puhl en Brownell, asook Kline, voer verder aan dat kinders wat hierdie soort viktimisering ervaar, twee tot drie keer meer selfmoordgedagtes en -gedrag toon. Viktimisering vind ook dikwels in die skoolomgewing plaas (Louw & Louw, 2014:296).

2.4.4.3.1 Viktimisering binne die skoolomgewing

Viktimisering binne die skoolomgewing kom toenemend voor. Tang-Péronard en Heitmann (2008:522) se navorsing toon aan dat oorgewig dogters meer stigmatisering as oorgewig seuns ervaar. Edmunds (2008:197) toon aan dat ouers hul kinders na ander skole stuur om die stigmatisering en boeliegedrag teenoor die kind te voorkom en selfs verhuis met die hoop om beter lewensomstandighede vir die kind te skep. Navorsers beskryf die konsep *ostrakisme (ostracism)*, ook bekend as ‘verbanning’ wat beide die ignorering (verwaarlosing) en aktiewe uitsluiting (verwerping) van ’n persoon behels. Hierdie optrede teenoor ’n kind het ’n groter emosionele impak as bloot net boeliegedrag wat hanteer moet word (Harrist *et al.*, 2016:13). Harrist *et al.* (2016:13), bevind in hul studie dat vetsugtige kinders meer waarskynlik verwerp sal word en oorgewig kinders meer waarskynlik verwaarlosing deur hul vriendegroepe ervaar; albei groepe is egter onpopulêre kinders. Verwerpte kinders word aktief afgekeur, terwyl verwaarloosde kinders net nie baie vriende het nie (Choukas-Bradley & Prinstein, 2014:190). Louw en Louw (2014:297) noem die volgende gevolge van portuurgroepviktimisering:

- ’n Invloed op ’n kind se liggaamlike, emosionele, sosiale en opvoedkundige welsyn.
- Fisiese gevolge soos psigosomatiese simptome, verlies aan aptyt en swak liggaamshouding.

- Emosionele probleme soos depressie, selfmoordneigings, sosiale onttrekking, angs en vrees.
- Onttrekking, isolasie en eensaamheid op sosiale vlak.
- Opvoedkundige probleme, skoolafwesigheid, verlies aan konsentrasie en swak akademiese prestasie (Harrist *et al.*, 2016:1).

Die onderwyser speel 'n noodsaaklike rol om viktimisering binne die skoolomgewing te bekamp. Gray *et al.* (2009:724) konstateer dat voordat onderwysers kan ingryp om die vetsugtige kinders wat geviktimizeer word, te ondersteun, dit belangrik is dat hulle self eers hul eie oortuigings en negatiewe houdings teenoor vetsugtige individue moet identifiseer en hanteer. Puddester *et al.* (2013:69) bevestig dat onderwysers 'n laer verwagting ten opsigte van oorgewig studente se bevoegdheid toon en dat hulle onbehelpsaam (Edmunds, 2008:198) teenoor hierdie kinders voorkom.

Emosionele en
gedragsdeterminante
Stigmatisering, etikettering,
diskriminasie en viktimisering

Stigmatisering, etikettering, diskriminasie en viktimisering blyk 'n groot probleem te wees wat oorgewig of vetsugtige kinders ervaar. Die ouers en onderwysers moet bewus wees van hierdie gedrag wat in veral die skoolomgewing kan voorkom en moet dit hanteer. Die maatskaplike werker en sielkundige is bevoeg om die negatiewe emosionele en/of gedrag, soos deur Louw uiteengesit, te hanteer. Bestaande programme, byvoorbeeld antioeliegedragprogramme binne die skoolomgewing kan vir hierdie doel aangewend word. Die maatskaplike werker kan veral 'n belangrike rol speel om die nodige rolspelers en samelewing bewus te maak van diskriminerende en stigmatiserende gedrag wat deur die oorgewig of vetsugtige kind ervaar word.

2.4.4.4 Akademiese prestasie van die kind

Vanuit die bogenoemde negatiewe houdings van onderwysers teenoor oorgewig of vetsugtige kinders, is dit onvermydelik dat hierdie aspek tot swakker akademiese prestasie kan lei. Navorsers bevestig dat kinders met oorgewig of vetsug lae akademiese prestasie toon (Lawrence, 2010:312; Tang-Péronard & Heitmann, 2008:532). Volgens Lawrence (2010:313) toon studies dat vetsugtige kinders veral laer wiskundige en leesprestasie toon as nie-vetsugtige kinders.

Oorgewig of vetsug kan moontlik tot swakker akademiese prestasies lei wat verreikende gevolge vir die kind se toekoms kan inhou. Die hele samelewing kan dus negatief deur hierdie probleem geraak word. Die ingryp van die maatskaplike werker is daarom van kardinale belang.

2.5 Samevatting

Die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug is in hierdie hoofstuk bespreek. Hierdie hoofstuk is tweeledig van aard, naamlik die beskrywing van die verskillende meetinstrumente vir gewig en die voorkoms van oorgewig of vetsug by ander eetversteurings. Tweedens is die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug vanuit die endogene en eksogene faktore uitgestip.

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat meetinstrumente, vir die bepaling van oorgewig of vetsug by die kind, met groot omsigtigheid aangewend moet word. Die navorser is van mening dat die optimale funksionering van die kind bepaal moet word wat die kind se fisiese, emosionele en psigososiale funksionering insluit en nie net die aanduiding van 'n enkele meetinstrument nie. Oorgewig of vetsug kan ook as 'n simptoom van ander sindrome voorkom, soos impulsiewe eet en die nag-eet-sindroom. Die voorkoms van hierdie sindrome is onwaarskynlik by kinders, maar moet in gedagte gehou word. Hierdie simptome moet erken word en deur 'n sielkundige hanteer word.

Die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug is beskryf volgens genetiese, biologiese, omgewings- en psigososiale, asook emosionele en gedrags-determinante. By elke kind wat met oorgewig of vetsug leef, sal daar, volgens die navorser, verskeie van hierdie determinante voorkom. Oorgewig of vetsug blyk 'n genetiese oorsprong te toon en hierdie aspek behoort dus tydens die assessering in ag geneem te word. Die biologiese determinante sluit die neurologiese, endokrinologiese (hormonale), slaappatrone, asook stres en outonome senuweestelselfunksies in, waar elke aspek 'n rol in die oorsaak van oorgewig of vetsug kan speel. Die omgewings- en psigososiale determinante sluit die rol van die ouers, gesin en die skool in die ontwikkeling van oorgewig of vetsug in. Dit blyk uit die hoofstuk dat die kind se omgewing en psigososiale omstandighede 'n invloed op die ontstaan van oorgewig en vetsug kan toon. Hierdie aspek beklemtoon ook die

feit dat die kind nie in isolasie behandel moet word nie, maar dat die ouers, gesin en skool by die hantering van die fenomeen betrek moet word. Die emosionele of gedragsdeterminante van oorgewig of vetsug word beskryf as stigmatiserend, etiketterend, diskriminerend en die kind kan viktimisering ervaar. Die literatuur dui ook aan dat die kind wat oorgewig of vetsugtig is, sosiale onaanvaarbaarheid in die skoolomgewing kan ervaar. Die voorkoms van depressie word in 'n mindere mate geïdentifiseer, maar kan wel by die kind wat met oorgewig of vetsug leef, voorkom. Die kind kan ook swakker akademiese pretasies ervaar.

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet dus poog om hierdie determinante by die kind te identifiseer sodat die nodige ondersteuning verskaf kan word. Hierdie toestand het ook 'n groot invloed op die gesin en familie wat die toestand kan bevorder of in stand hou. 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet dus al hierdie faktore in berekening bring en uitstip om 'n sinvolle en volhoubare oplossing vir die kind te bied. Dit is ook duidelik dat die toestand nie net in isolasie met die oorgewig of vetsugtige kind hanteer kan word nie, maar dat die psigososiale invloede en omgewing ook in ag geneem moet word. Hierdie psigososiale en omgewingsinvloede sluit die ouers, broers/susters en ander familieledede, asook die skoolomgewing wat weer vriende, onderwysers en sportafrigters insluit, in. Indien al bogenoemde determinante tydens behandeling in ag geneem word, sal die kind wat met oorgewig of vetsug leef, moontlik sy volle potensiaal as mens kan bereik.

Vervolgens gaan die invloed van oorgewig of vetsug op die ontwikkeling van die kind in sy middelkinderjare in diepte bespreek word.

3. HOOFSTUK 3: DIE INVLOED VAN OORGEWIG OF VETSUG OP DIE ONTWIKKELING VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE

3.1 Inleiding

Die voorafgaande hoofstuk het op 'n oorsig van oorgewig of vetsug gefokus en die verskeie oorsake van hierdie fenomeen is breedvoerig bespreek. Die kind se totale ontwikkeling, wat kognitiewe/denke, fisiek/liggaamlike en psigies/emosionele aspekte insluit, asook die kind se verhouding met homself, is van uiterste belang vir die opstel van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Hierdie aspekte word in hierdie hoofstuk bespreek en daardeur word die tweede navorsingsdoelwit beantwoord, naamlik om te bepaal wat die behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, is. Voldoende voeding alleen is nie genoeg om optimale fisieke groei en ontwikkeling te verseker nie. Om die kind wat met oorgewig of vetsug leef, effektief na optimale funksionering te begelei, moet die maatskaplike werker die kind se totale ontwikkeling assessee en in ag neem.

Die kind funksioneer binne verskillende sisteme wat 'n invloed op die ontwikkeling van die kind het. Bronfenbrenner se Ekosistemiese teorie beskryf hierdie verskillende sisteme waarbinne die kind funksioneer en word vervolgens bespreek.

3.2 Bronfenbrenner se Ekosistemiese teorie

Die omgewing speel 'n belangrike rol in die ontwikkeling van oorgewig of vetsug by kinders (Armstrong *et al.*, 2006:443) (verwys na par. 2.4.3 in hierdie verband). Bronfenbrenner se Ekosistemiese teorie beskryf die interaksie tussen die verskillende sisteme (Daniel *et al.*, 2010:38-39; Healy, 2014:124-125; Meier, 2016:10-12; Sigelman & Rider, 2012:21-22). Volgens Bronfenbrenner (1979, 1998) se teorie (soos aangehaal deur Daniel *et al.*, 2010:38-39), is die ontwikkelende kind deel van 'n reeks ingewikkelde en interaktiewe sisteme in sy of haar omgewing. Hierdie teoretikus beweer, volgens Brendtro (2006:163), dat kinders wat in 'n ontstabelle omgewing grootgemaak word, 'n verskeidenheid emosionele en gedragsprobleme vertoon en daarom is dit vir die maatskaplike

werker van belang om die omgewing in ag te neem. Harrist, *et al.* (2016:1) beweer dat oorgewig of vetsug byna elke ekosisteem van die kind beïnvloed.

Hierdie teorie bestaan uit drie komponente, naamlik die persoon se karaktereenskappe, die konteks waarin die gedrag voorkom en die proses wat verandering teweegbring. Rosa en Tudge (2013:244-252), Sigelman en Rider (2012:21-22), Smith, Cowie en Blades (2011:10-12), asook Meier (2016:10-12), verdeel die omgewing waarbinne die kind volgens hierdie teorie in vyf vlakke funksioneer, naamlik:

- **Die mikrosisteem**

Die mikrosisteem bestaan uit informele sisteme, soos die mense en voorwerpe in die persoon se onmiddellike omgewing, byvoorbeeld ouers, broers en susters, maats, en onderwysers (Feeney, Moravcik & Nolte, 2013:125; Healy, 2014:124; Meier, 2016:10; Rosa & Tudge, 2013:244-252; Sigelman & Rider, 2012:21-22; Wilfley *et al.*, 2010b:294-295). Daar kan ook meer as een mikrosisteem wees, soos die gesin en die dagmoeder-omgewing. Al die persone in die kind se mikrosisteem beïnvloed die kind. Daar word afgelei dat die mikrosisteem die basis van die kind se bestaan vorm en dat hierdie sisteem die grootste invloed op al die determinante vir oorgewig of vetsug uitoefen, naamlik die genetiese, biologiese, omgewings- en psigososiale determinante asook die emosionele en gedragsdeterminante soos in Hoofstuk 2 beskryf is.

- **Die mesosisteem**

Die mikrosisteem en die mesosisteem is in noue interaksie met mekaar. Die mesosisteem verteenwoordig die meer formele sisteme. Die mikrosisteem van die huis kan byvoorbeeld emosioneel verbind word deur die mesosisteem van die skool omdat wanneer die kind en sy ouer byvoorbeeld konflik voor skool het, kan die kind uitreagerende gedrag by die skool toon as gevolg van sy onsteltenis (Healy, 2014:124; Meier, 2016:10; Rosa & Tudge, 2013:244-252; Sigelman & Rider, 2012:21-22; Wilfley *et al.*, 2010b:294-295). Volgens hierdie menings kan dus afgelei word dat konflik, stigmatisering en viktimisering in die skoolsisteem uitreagerende gedrag in die gesinsisteem kan veroorsaak.

- **Eksosisteem**

Hierdie sisteem is die sosiale omgewing wat nie noodwendig eerstehands deur die kind ondervind word nie, maar wat 'n groot invloed op die kind se lewe kan hê. Hoewel die invloed van die eksosisteem indirek is, kan die effek daarvan op die kind se ontwikkeling redelik sterk wees (Meier, 2016:10; Rosa & Tudge, 2013:244-252; Sigelman & Rider, 2012:21-22; Wilfley *et al.*, 2010b:295). Hiervolgens kan dus verklaar word dat die eksosisteem indirek 'n invloed op die kind se gewig kan uitoefen, byvoorbeeld die ouer se werksomstandighede of persoonlike welstand veroorsaak dat die ouer nie in die kind se basiese emosionele behoeftes kan voorsien nie wat dan tot oorgewig of vetsug kan lei, omdat die kind vir die verlies probeer kompenseer (kyk ook par. 3.3.5).

- **Die makrosisteem**

Die breedste omgewingskonteks is die makrosisteem. Die totaliteit van alle ander sisteme word hier ingesluit, byvoorbeeld: oortuigings, menings, leefstyl en waardes van 'n kultuur of subkultuur (Feeney *et al.*, 2013:126) (verwys na par. 2.4.3.2 in hierdie verband).

- **Die chronosisteem**

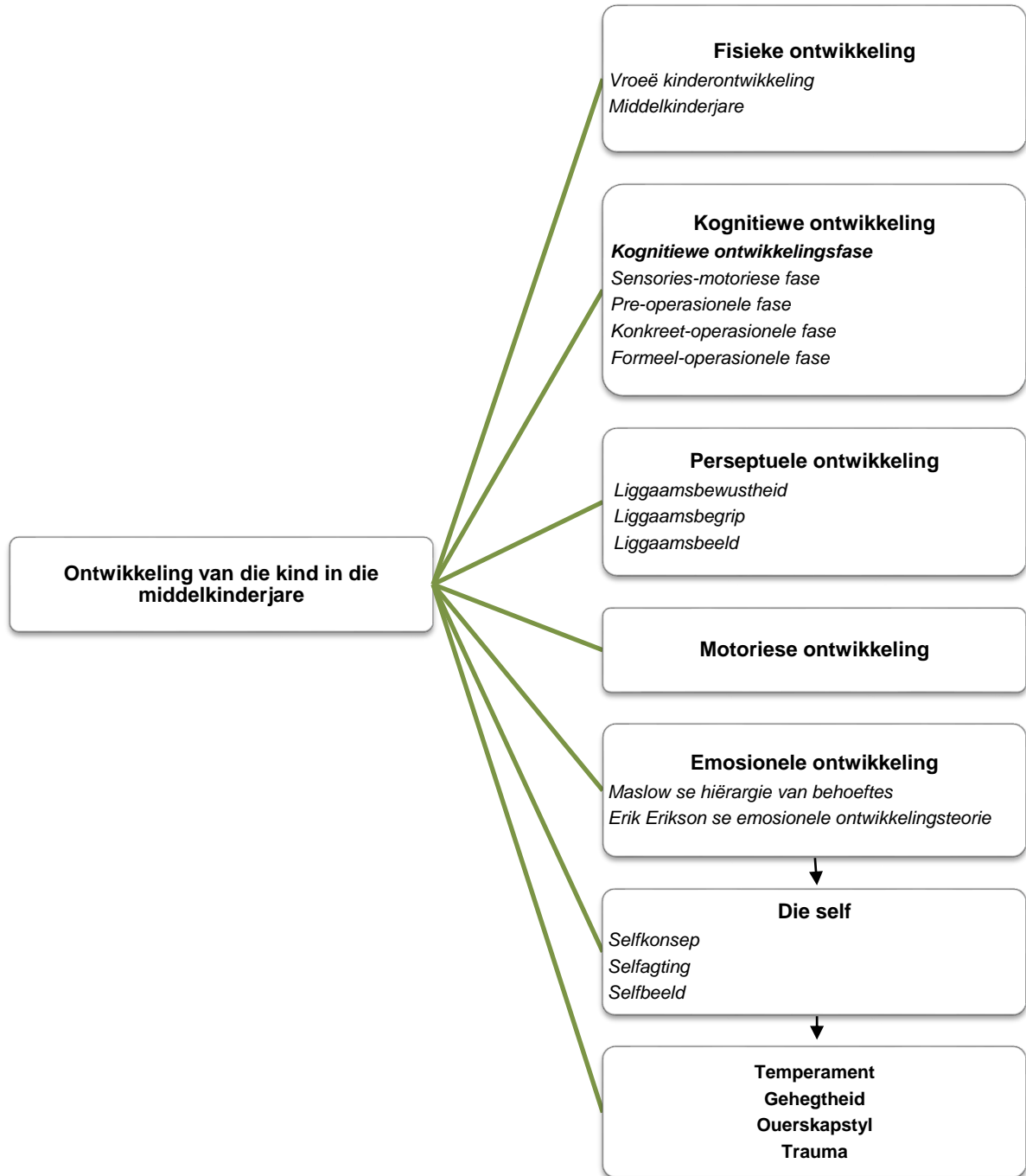
Die chronosisteem behels die veranderinge wat oor tyd in die sisteme plaasvind wat die kind beïnvloed, byvoorbeeld ouers wat skei, die geboorte van 'n broer/suster of 'n verandering in die breë in gemeenskappe, soos moeders wat as gevolg van finansiële druk genoodsaak is om buitenshuis te gaan werk (Feeney *et al.*, 2013:126; Meier, 2016:11-12; Rosa & Tudge, 2013:244-252; Sigelman & Rider, 2012:21-22) (verwys ook na par. 3.7).

Vanuit die ekosistemiese teorie is dit duidelik dat die kind se bestaan in verhouding met al die ander sisteme gesien moet word. Indien 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat met oorgewig of vetsug leef, geformuleer word, moet die invloede en uitdagings, positief en negatief, van al die verskillende sisteme geïdentifiseer word. Dus moet al die probleme en/of behoeftes in elke sisteem bepaal word om die kind se optimale funksionering te verseker. In aansluiting hierby, moet al die kind se sisteme betrek word om ondersteuning en leiding te bied, sodat die kind se taak en verantwoordelikhede ten opsigte van die hantering van die oorgewig of vetsug vergemaklik word.

Elke kind moet as 'n individu gesien word, met sy eie individuele geskiedenis en unieke lewensomstandighede. Elke kind word met spesifieke potensiaal gebore en sy kinderjare word as suksesvol in terme van die bereiking van hierdie unieke potensiaal beskryf (Daniel *et al.*, 2010:13). Die kind kan daarom nie net in terme van die sisteem waarbinne hy beweeg, bestudeer word nie, maar die totale kind wat met oorgewig of vetsug leef moet in ag geneem word as hierdie fenomeen bestudeer word. Dit bring mee dat daar veral op die totale ontwikkeling van die kind gelet moet word om te bepaal wie, wat en hoe die spesifieke kind as individu is. Om die kind beter te verstaan, gaan die ontwikkeling van die kind in sy middelkinderjare vervolgens bespreek word.

3.3 Die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare

Die ontwikkeling van die kind word in terme van sy fisieke, kognitiewe, perseptuele, motoriese en emosionele ontwikkeling beskryf (Berk, 2012:1-659; Louw & Louw, 2014:239-317; Papalia *et al.*, 2009:1-625; Sue *et al.*, 2014:253). Die ontwikkeling van die kind en die invloed van oorgewig of vetsug op sodanige ontwikkeling sal vervolgens bespreek word. Figuur 3.1 bied 'n uiteensetting van die ontwikkeling van die kind, soos in die hoofstuk met die onderskeie onderafdelings uiteengesit en soos dit van bogenoemde bronne afgelei is.



Figuur 3.1: Ontwikkeling van die kind in terme van sekere funksioneringsvlakke

3.3.1 Die fisieke ontwikkeling van die kind

Die fisieke ontwikkeling van die kind word beskryf vanaf die vroeë kinderontwikkeling van die kind, wat prenatale en neonatale ontwikkeling insluit, tot by die middelkinderjare.

3.3.1.1 Vroeë kinderontwikkeling

Tydens die **prenatale ontwikkeling** van die kind, beïnvloed die emosionele reaksie van die moeder die stabiliteit van die fetus (Smith *et al.*, 2011:85; Steinberg, Vandell & Bornstein, 2011:77-78) en kan dit ook 'n invloed hê op die postnatale gedrag van die kind. Die fetus is, volgens Weiten (2013:416) en Berk (2012:114-115), bewus van die moeder se emosionele toestand vanaf ongeveer 24-30 weke van die swangerskap. Intense vrees, angs en chroniese stres kan oormatige adrenalienafskeiding veroorsaak en in die fetus se bloedtoevoer opgeneem word, wat 'n versnelling in die fetus se hartklop en vermindering in motoriese beweeglikheid tot gevolg het (Berk, 2012:114-115; Newman & Newman, 2012:121; Steinberg *et al.*, 2011:78; Weiten, 2013:416). Hierdie faktore is dus 'n belangrike aspek vir die navorser, aangesien prenatale stres en trauma 'n invloed op die baba het (verwys na par. 2.4.2.3 in hierdie verband).

Die smake van voedsel of selfs reuke (rook en parfuim) wat deur die swanger moeder ingeneem of ingeasem word, kan na die fetus deur amniotiese vloeistof oorgedra word (Mennella, 2014:706S; Newman & Newman, 2012:106). Na die geboorte geskied hierdie oordrag deur borsmelk. Kinders word dus op 'n jong ouderdom al blootgestel aan sekere voedselsmake (Mennella, 2014:704S; Papalia *et al.*, 2009:158). Die moeder stel die kind dus al vroeg bloot aan verskeie smake wat later die aanvaarding van vaste voedsel vergemaklik en tot spesifieke voedselvoorkeure kan lei (Mennella, 2014:705S; 707S).

Die **neonatale** fase strek van direk na geboorte tot die daaropvolgende twee tot vier weke (Davies, 2011:134; De Witt, 2009:11) en die **babajare** strek tot die einde van die tweede lewensjaar (Davies, 2011:185; Newman & Newman, 2012:197). 'n Groot deel van die baba se wakkertye word aan voeding spandeer en die sirkadiese tydsberekeningstelsel (*circadian rhythms*) van die kind se wakker- en slaaperiodes word ontwikkel (Davies, 2011:137) (verwys na par. 2.4.2.4).

Die baba moet in hierdie fase verskeie ontwikkelingsmylpale bereik, wat sit, kruip en loop, asook die sê van hul eerste woorde insluit (Newman & Newman, 2012:150; Steinberg *et al.*, 2011:108-110). Dit kan dus afgelei word dat die fisieke ontwikkeling ook die motoriese en kognitiewe ontwikkeling van die kind insluit en

dat dit in hierdie fase 'n aanduiding is van *normale* ontwikkeling van die kind in die babajare. Die mate waartoe die kind in hierdie fase ontwikkel, sal die beweeglikheid van die kind in die volgende fase beïnvloed (verwys na parr. 3.3.2, 3.3.3 en 3.3.4 wat later volg).

Voeding in hierdie fase geskied deur borsvoeding of bottelvoeding. Berk (2012:176), Kramer en Daniels (2008:570), asook Louw en Louw (2014:98), is van mening dat babas minder gewig optel met borsmelk en dat hierdie kinders op een jaar slanker is as bottelmelkbabas. Volgens die skrywers is dit 'n groeipatroon wat latere oorgewig of vetsug kan teenwerk. Berk (2012:176), asook Kramer en Daniels (2008:570), wys egter daarop dat die kind vir ten minste die eerste ses maande uitsluitlik borsvoeding moet ontvang. Papalia *et al.* (2009:147) is verder van mening dat babas wat geborsvoed word, minder geneig is om oorvoed te word, aangesien hulle aktief hul inname reguleer.

**Fisieke ontwikkeling
Vroeë kinderontwikkeling**

Prenatale stres en trauma van die moeder kan die fisieke ontwikkeling van die baba strem wat negatiewe gevolge vir latere ontwikkeling tot gevolg kan hê. Voeding in hierdie fase is van kardinale belang, nie net vir die oorlewing van die baba nie, maar ook ten opsigte van toekomstige eetpatrone wat vasgelê word in hierdie fase en optimale funksionering beïnvloed. Daar is nie net 'n enkele faktor wat tot die vaslegging van eetpatrone en keuse van voedsel bydra nie. Blootstelling aan verskeie smake en reuke, asook die aktiewe regulering van honger en dors word reeds van vroeg af vasgelê. Slaappatrone word ook in hierdie fase ontwikkel. Dit is dus duidelik dat die verandering van eet- en slaappatrone nie 'n enkelvoudige proses kan wees nie. Uit die voorafgaande kan dus afgelei word dat vroeë fisieke ontwikkeling en probleme in die aanvanklike voedings- en slaappatrone van die kind 'n rol in die ontwikkeling van oorgewig en vetsug later in die kind se lewe speel.

3.3.1.2 Middelkinderjare

Die middelkinderjare strek vanaf ongeveer ses jaar tot 11 jaar (Newman & Newman, 2012:289) en groei vind in hierdie tydperk meer geleidelik plaas (Davies, 2011:328; Papalia *et al.*, 2009:333). Hierdie fase word ook gekenmerk deur spontane, informele organisering van speletjies en spanspel met reëls (Davies,

2011:348; Newman & Newman, 2012:291; Papalia *et al.*, 2009:337). Papalia *et al.* (2009:337), noem dat hierdie speletjies gekenmerk word deur “rough-and-tumble play” en neem ongeveer 5% af teen die ouderdom van 11 jaar. Georganiseerde sport is ook in hierdie fase belangrik. Papalia *et al.* (2009:338) noem dat meer seuns as dogters aan georganiseerde sport deelneem. Hierdie navorsers noem verder dat aktiewe kinders aktiewe volwassenes word wat latere oorgewig of vetsug kan voorkom (verwys ook na par. 2.4.3.1).

Louw en Louw (2007:215) wys daarop dat die hoeveelheid voedsel-inname per dag vir fisieke en biologiese gebruik met ouderdom toeneem. Eksperimentering en die eet van ’n verskeidenheid van voedselsoorte kom op hierdie ouderdom voor. Kinders in die middelkinderjare ervaar meer druk en geleentheid om ongesonde voedsel te eet, aangesien hul minder tuis is en die ouerlike toesig ten opsigte van voedsel-inname verminder (Kramer & Daniels, 2008:573). Die kind word ook in hierdie fase meer gekonfronteer om ongesonde voedsel te eet deur maats wat ongesonde voedsel vir die kind by die skool aanbied en die snoepie wat gerieflike kitskosse verkoop, maar dikwels ’n minder gesonde keuse vir die kind bied (Kramer & Daniels, 2008:571). Baie kinders begin dan om op hierdie ouderdom ontbyt oor te slaan wat ’n slegte eetpatroon tot gevolg het (HSRC, 2013:2; Sullivan, 2004:28; Videon & Manning, 2003:365-366) (kyk par. 2.4.3.3).

Die fisiese vaardighede van die kind word in die middelkinderjare ingeskerp en afgerond. Kinders, veral seuns, is baie aktief in hierdie fase en moet die geleentheid gebied word om meer vryheid rondom speletjies en die toepassing van die reëls te hê. Die kind het dus 'n behoefte aan fisiese aktiwiteite. Hieruit word afgelei dat ouers die kinders kan aanmoedig om meer aktief te wees en self saam met die kinders speletjies te speel. Die kind moet wel blootgestel word aan georganiseerde sport en die roetine en dissipline van georganiseerde sportdeelname.

Die navorser lei verder af dat die eksperimentering en die ontdekking van verskillende voedselsoorte in hierdie fase van groot waarde is. Die kind word wel meer gekonfronteer met ongesonde eetpatrone as gevolg van die blootstelling in die skoolomgewing en ouerlike beheer wat afneem. Die kind het dus 'n behoefte aan voldoende, gebalanseerde voeding. Die navorser is egter van mening dat die kind nou die geleentheid het om sy eie positiewe voedselkeuses te maak en verantwoordelikheid vir sy eie liggaam te neem. Dus het die kind 'n behoefte aan beheer en die neem van verantwoordelikheid van sy lewe.

3.3.2 Die kognitiewe ontwikkeling van die kind

Wanneer die kognitiewe ontwikkeling van die kind bespreek word, is dit veral belangrik om na die Piaget se teorie oor kognitiewe ontwikkeling te verwys. Jean Piaget is 'n sielkundige wat kognitiewe funksionering as 'n interafhanklike interaksie tussen die genetiese, psigiese en omgewingsfaktore beskryf (Slavin, 2012:31; Weiten, 2013:425-428). Die kognitiewe ontwikkeling van die kind is die voortgesette en kummulatiewe ontwikkeling van die intellek van die kind; dit behels alles wat 'n individu help om te ken en te redeneer. Aspekte soos persepsie, denke, insig, geheue, verbeelding, fantasie, en logika word ingesluit en word baie nou verbind met die ervarings en belewenisse van die individu. Louw en Louw (2014:243) noem dat belangrike kognitiewe ontwikkeling tussen die ouderdom van ses en 12 jaar plaasvind en dat die patrone en gewoontes wat gedurende dié tyd gevorm word nie net adolessente ervarings beïnvloed nie, maar ook volwassenheid. Vervolgens word die kognitiewe ontwikkelingsfases van die kind volgens Piaget bespreek.

3.3.2.1 Kognitiewe ontwikkelingsfases

Daar word vier fases in die kind se kognitiewe ontwikkeling onderskei en die oorgang tussen die verskillende fases vind geleidelik plaas (Feeney *et al.*, 2013:120; Smith *et al.*, 2011:445). Die belangrikste kenmerke van hierdie kognitiewe ontwikkelingsfases is soos volg:

3.3.2.1.1 Kognitiewe ontwikkeling: sensories-motoriese fase

Hierdie fase is vanaf geboorte tot ongeveer twee jaar (Gordon & Browne, 2011:117; Smith *et al.*, 2011:447). Die kind se funksionering verander van refleksie tot 'n vlak waar die kind samehangende praktiese handeling kan uitvoer. Die kind ontwikkel ook die vermoë om sensasies en persepsies met sy fisieke bewegings en handeling te laat ooreenstem (Slavin, 2012:33). Piaget verdeel die sensories-motoriese fase in ses stadia (Berk, 2012:205; De Witt, 2009:14-16; Papalia *et al.*, 2009:185-193; Smith *et al.*, 2011:447). Die stadia word in Figuur 3.2 weergegee, soos uit genoemde bronne afgelei.

Geboorte tot een maand
MAAK GEBRUIK VAN REFLEKSE

- Die kind word met enkele reflekshandeling gebore wat belangrik is vir verdere kognitiewe ontwikkeling. Die reflekse vorm die grondslag waaruit latere probleemoplossende vermoëns ontwikkel.

Een tot vier maande
PRIMÊRE SIRKULÊRE REAKSIES

- Gedurende hierdie stadium verander aangebore reflekse op grond van ervaring in aangeleerde gewoontes. Dit beteken wanneer die kind se gedrag toevallig 'n interessante resultaat teweeg bring, hy poog om die gedrag onmiddellik te herhaal.

Vier tot agt maande
SEKONDÊRE SIRKULÊRE REAKSIES

- Die kind sal in hierdie fase 'n speelding laat val en indien dit aan hom teruggegee word, dit onmiddellik weer laat val. Hierdie sirkulêre reaksies wat eksterne voorwerpe betref, word dan sekondêr. Die peuter boots ook eenvoudige handeling van ander na en gebruik ook slegs liggaamsdele wat vir hom sigbaar is.

Agt tot 12 maande
DIE KOÖRDINERING VAN SEKONDÊRE SKEMAS

- Hier vind doelgerigte gedrag plaas wat deur Piaget as intelligente gedrag beskryf word. Die kind kan gesigsuitdrukking naboots en voorwerppermanensie ontwikkel.

12 tot 18 maande
TERSIÊRE SIRKULÊRE REAKSIES

- Die kind is nou reeds beweeglik en kom in kontak met 'n groter deel van sy omgewing. Die kind lê nou meer inisiatief aan die dag. Hy leer nou dat verskillende voorwerpe verskillende eienskappe het en reageer daarop. Hy begin eksperimenteer en naboots.

18 tot 24 maande
SIMBOLIESE VOORSTELLING

- In hierdie fase kan die kind deur sy denke 'n beeld voorstel van iets wat afwesig is of nie konkreet sigbaar is nie.

Figuur 3.2: Die ses stadia van Piaget se sensories-motoriese fase

(Berk, 2012:205; De Witt, 2009:14-16; Papalia *et al.*, 2009:185-193; Smith *et al.*, 2011:447)

Dit is uit bogenoemde baie duidelik dat die kind in die sensories-motoriese fase baie sensoriese stimulasie moet ontvang, ook met voedsel, sodat optimale kognitiewe ontwikkeling kan plaasvind en die kind met verskillende voedselsoorte

bekend raak (De Witt, 2009:13). Die ouers van die kind moet 'n besondere mate van begrip vir die kind toon, aangesien die kind sekere gedrag kan openbaar wat as negatief deur die ouer beskou kan word wat nie die bedoeling van die kind is nie. Die kind beskik ook nie oor die nodige taalvaardighede om homself reg uit te druk nie. Daar moet dus in hierdie stadium ruimte gelaat word vir eie inisiatief in 'n geborge, veilige omgewing (Berk, 2012:205; De Witt, 2009:14-16; Papalia *et al.*, 2009:185-193; Smith *et al.*, 2011:447). Die kind moet byvoorbeeld toegelaat word om met sy voedsel te *speel* deur daaraan te voel, dit te druk, en daarmee te mors. Dit verbreed die kind se kennis oor die verskillende teksture, smake, reuke en geure van voedsel (Gabriel & Ronald Riba, 2014:37-38). Dit is daarom ook belangrik dat die ouer die kind aan verskillende soorte voedsel moet blootstel en nie altyd dieselfde voedsel aanbied nie. Sodoende ontwikkel die kind sy eie smake en voorkeure. Dit moet as 'n ontdekkingsreis ten opsigte van voedsel beskou word (Gabriel & Ronald Riba, 2014:36) (kyk par. 2.4.3.3.3 in hierdie verband). Dit word verder benadruk dat daar ander bykomende onderliggende faktore is wat die alledaagse handeling kan beïnvloed (verwys na parr. 3.4, 3.5, 3.6 en 3.7). Die kind sal ook die gedrag van die ouers naboots en daarom is dit belangrik dat die ouers ten opsigte van voedselkeuses en eetgewoontes die regte voorbeeld stel (Davies, 2011:193) (verwys na par. 2.4.3.3.1).

**Kognitiewe ontwikkeling
Sensories-motoriese fase**

Die sensories-motoriese fase van die kind is dus 'n fase waar die kind eksperimenteer en ontdek. Die kind moet toegelaat word om inisiatief te neem om die verskillende voedselsoorte se reuke, geure, en teksture te ontdek. Op hierdie wyse word sy kennis oor die verskillende voedselsoorte verbreed. Dit word verder afgelei dat die verhouding tussen die ouer en die kind belangrik is, aangesien dié fase verskeie uitdagings aan die ouer stel. Die kind het dus 'n behoefte aan aanvaarding en geborgenheid, sodat 'n goeie selfbeeld of selfagting kan ontwikkel. Uit die voorafgaande lei die navorser verder af dat die sensories-motoriese fase belangrik is vir latere eetervarings en die wyse waarop die kind die inname van vreemde/onbekende voedselsoorte sal benader en daarop reageer.

3.3.2.1.2 Kognitiewe ontwikkeling: pre-operasionele fase

Die tweede kognitiewe ontwikkelingsfase van Piaget staan bekend as die pre-operasionele fase. Hierdie fase strek ongeveer van die kind se tweede tot sesde of

sewende lewensjaar (De Witt, 2009:16; Gordon & Browne, 2011:117). Dit is dus die oorgang van sensories-motoriese na die latere operasionele fase. Die kind se kognitiewe ontwikkeling is hoofsaaklik op die vermoë om sake verstandelik of simbolies voor te stel gefokus (Berk, 2012:318). Hierdie fase toon volgens Berk (2012:318-325), Papalia *et al.* (2009:270) en Slavin (2012:34-36) sekere eienskappe, naamlik:

- Die kleuter se kognitiewe ontwikkeling word deur die **gebruik van taal** gekenmerk en hy kan ook op **simboliese wyse funksioneer**. Die kind ken eienskappe aan voorwerpe toe, anders as wat dit werklik het, byvoorbeeld 'n blokkie word as 'n motortjie gesien (Berk, 2012:318-325; De Witt, 2009:17; Papalia *et al.*, 2009:270; Scaffer & Kipp, 2010:262; Slavin, 2012:34-36).

**Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Gebruik van taal en denke op
simboliese wyse**

Die moeder kan dus volgens die navorser hierdie ontwikkelingseienskap tydens etenstye benut om maaltye interessant, ontspanne en leersaam te maak. Groenboontjies kan in bootjies omskep word en ertjies in sokkerballe. Die moeder kan saam met die kind 'n gesiggie op die bord met verskillende voedselsoorte skep. Dit hou die voedsel op die bord interessant en die kind leer van al die verskillende voedselsoorte se smake en teksture op 'n speelse wyse.

In hierdie fase lei die navorser ook af dat die invloed van kitskos-restaurante se simbole, dus die media, nie onderskat moet word nie. Die ouer moet dus voorbereid wees om moeilike situasies te hanteer en nie toe te gee aan die kind se eise in hierdie verband nie.

- Die ouer kind, volgens Berk (2012:324), kan in bekende kontekste logies oor oorsaak en gevolg redeneer, maar redeneer onlogies as hulle met onbekende onderwerpe, te veel inligting of teenstrydige feite wat hulle nie met mekaar kan versoen nie, gekonfronteer word (Berk, 2012:318-325; Papalia *et al.*, 2009:270; Slavin, 2012:34-36).

**Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Oorsaak en gevolg**

Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat daar aan die kind tydens die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningprogram op 'n logiese en simboliese wyse verduidelik moet word wat die invloed en gevolge van oorgewig of vetsug op die kind se liggaam het. Byvoorbeeld, die liggaam word vergelyk met 'n voorwerp wat die kind ken, soos 'n karretjie of 'n plantjie. Die karretjie het petrol nodig om te kan ry, die plantjie het water nodig om te groei - so het ons liggame ook sekere voedselsoorte nodig om te kan groei, dink, werk en speel. Die inligting moet ook aan die ouers op dieselfde wyse verduidelik word, sodat hulle dieselfde voorbeeld in die alledaagse lewe aanwend, anders sal die kind verward raak. Die verduideliking moet dus binne die wêreld wat vir die kind sin maak, verduidelik word. Die ontwikkelingskenmerke volgens die kind se ouderdom moet dus in ag geneem word.

- Die kind sien sy wêreld vanuit sy eie perspektief en is **egosentrië** ingestel op die **bevrediging van sy eie behoeftes**. Die kind neem aan dat almal soos hy dink, voel en dat hoe hy dinge ervaar, algemeen is (Berk, 2012:318-325; Papalia *et al.*, 2009:270; Slavin, 2012:34-36; Steinberg *et al.*, 2011:211-212). Die kind kan ook net op een aspek op 'n slag konsentreer en toon 'n onvermoë om sy aandag van een aspek na 'n ander te verskuif (Berk, 2012:318-325; Papalia *et al.*, 2009:270; Slavin, 2012:34-36).

**Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Egosentrisme**

Die navorser lei dus ten opsigte van die hulpverlening af dat die kind nie met te veel inligting op 'n slag gekonfronteer moet word nie. Daar moet ook nie te veel hulpmiddels tydens hulpverlening in die kind se omgewing beskikbaar wees nie. Dit kan tot konflik lei wat die hulpverleningsproses onnodig sal benadeel. Die kind moet dus tydens hulpverlening 'n neutrale omgewing beleef waar hy homself ten volle kan uitdruk en waar hy in beheer voel en aanvaarding ervaar.

Egosentrisme en die bevrediging van eie behoeftes het ook volgens die navorser 'n invloed op die ouer se hantering van die kind op hierdie ouderdom. Die kind kan byvoorbeeld konflik in die winkel veroorsaak omdat hy lekkernye wil koop wat deur die ouer afgekeur word. Die ouer moet bygestaan word om hierdie egosentrië gedrag van die kind suksesvol te hanteer en terselfdertyd die nodige grense te stel.

- Die kind het in hierdie fase die vermoë om lewe aan lewelose voorwerpe toe te dig wat as **animisme** bekend staan (Berk, 2012:270; De Witt, 2009:18; Steinberg *et al.*, 2011:212).

Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Animisme

Die navorser maak dus die afleiding dat daar in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram speelgoed en ander hulpmiddels aangewend kan word om sekere eienskappe of kenmerke uit te lig, aangesien die kind die vermoë besit om lewe aan 'n lewelose voorwerp toe te dig, byvoorbeeld 'n pop word die kind se baba. Dit is wel vir die navorser van belang dat indien die hulpmiddel enige voedselsoorte voorstel om die huis- en skoolomgewing na te boots, dit later met die werklike item te vervang sodat die kind die sensoriese ervaring van die werklike voedsel-item ook beleef. Hierdie aspek sluit dan aan by bogenoemde simboliese wyse waarop die kind funksioneer.

- **Klassifikasie** verwys na die groepering van sekere voorwerpe op grond van een of ander kenmerk. Die kind tot ongeveer vyf-en-'n-halfjaar is nie konsekwent in hulle klassifikasie nie. Tussen vyf-en-'n-halfjaar en sewe jaar oud klassifiseer kinders voorwerpe op grond van een dimensie, byvoorbeeld 'n kind kan blokkies met 'n sekere vorm saam groepeer en na 'n rukkie dieselfde blokkies hergroepeer op grond van kleur. Tussen sewe en elf jaar oud ontwikkel kinders die vermoë tot meervoudige klassifikasie (Berk, 2012:318-325; Papalia *et al.*, 2009:270; Steinberg *et al.*, 2011:209).

Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Klassifikasie

Op grond van bogenoemde word afgelei dat die jonger kind nie die vermoë het om gedrag of voedsel volgens gesond/ongesond of positief/negatief te klassifiseer nie. Die ouer moet die nodige begeleiding en ondersteuning aan die kind bied om positiewe keuses te maak. Die ouer kind ontwikkel wel die vermoë van enkelvoudige tot meervoudige klassifikasie en kan gedrag en voedsel meer suksesvol in gesond/ongesond of positief/negatief klassifiseer. Die ouer kind kan dus meer inisiatief neem om eie keuses te maak en so verantwoordelikheid vir sy lewe te neem.

- Die kind se vermoë tot **konservasie** – eienskappe soos lengte, hoeveelheid en massa wat onveranderd bly ten spyte van sekere transformasies wat dit ondergaan het, is beperk. Byvoorbeeld, twee ewe swaar kleistukke in

verskillende vorms sal die kind verwar (Berk, 2012:318-325; De Witt, 2009:19; Papalia *et al.*, 2009:270; Slavin, 2012:34-36; Steinberg *et al.*, 2011:210).

**Kognitiewe ontwikkeling
Pre-operasionele fase:
Konservasie**

Die vermoë tot konservasie is beperk by die kind en hiervolgens word dan afgelei dat die kind die porsiegrootte van voedsel moeilik sal kan bepaal. Die ouer moet daarom die kind aan die kombuis blootstel en aan hom die geleentheid skep om voedsel met verskillende houers en maatbekers af te meet om te verstaan dat dieselfde hoeveelheid voedsel in 'n ander houer dieselfde bly. Die kind sal dit ook interessant vind om te sien as 'n lemoen se sap uitgedruk word, hoeveel sap in 'n glasie is. Die kind sal dan beter verstaan hoeveel sap hy nodig het om 'n glas vol te maak. Dit is daarom raadsaam om altyd 'n kleiner bordjie en koppie vir die kind te gebruik wat vir hulle na baie lyk, maar voorkom dat hulle te veel skep en later besef dat hulle nie alles kan opeet nie.

**Opsomming:
Pre-operasionele
fase**

Dit is duidelik dat die pre-operasionele fase verskeie uitdagings en beperkings ten opsigte van assessering en intervensie bied. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet dus die nodige ruimte bied om ten alle tye die kind se behoeftes en/of probleme ten opsigte van se kognitiewe ontwikkelingsvlak en ouderdom in berekening te bring en nie rigiede assesserings- en hulpverleningsmetodes toepas nie.

3.3.2.1.3 Kognitiewe ontwikkeling: konkreet-operasionele fase

Die derde fase van Piaget se kognitiewe ontwikkelingsfase, naamlik die konkreet-operasionele fase, strek ongeveer vanaf die sewende tot die twaalfde lewensjaar (Gordon & Browne, 2011:117; Steinberg *et al.*, 2011:303). Die kind ontwikkel in hierdie jare logiese, maar nie abstrakte denke nie (De Witt, 2009:20). Piaget noem hierdie fase die konkreet-operasionele fase aangesien die kind oor operasionele denke beskik hoewel die denke egter nog tot werklike situasies in die hier en nou (Berk, 2012:318-325; Slavin, 2012:34-36) beperk is. Dit bring mee dat die kind se siening van die lewe nog egosentriek is.

**Kognitiewe
ontwikkeling
Kongkree-
operasionele
fase**

Uit die voorafgaande wil dit dus blyk dat die negatiewe gevolge van oorgewig of vetsug, aan die hand van die hier-en-nou hanteer moet word en nie noodwendig aan die hand van toekomstige, negatiewe gevolge nie.

Soos wat die kind ouer word, toon die kind meer logiese denke en is nie meer intuïtief nie. Die kind kan byvoorbeeld verskillende aspekte soos kleur en vorm en dikte in ag neem. Die kind se klassifikasie- en konservasievermoë ontwikkel dus in hierdie fase en die betrokke eienskappe kan onderskei word (De Witt, 2009:20; Shaffer & Kipp, 2010:272; Steinberg *et al.*, 2011:303). Daar vind ook 'n afname in egosentrisme plaas en die kind is in staat om ander persone se sienswyse in te sien (De Witt, 2009:20). Die kind se konsepte van oorsaaklikhede ontwikkel en die betekenis van oorsaak en gevolg word nie meer verwar nie. Die kind kan dus nou op verskillende aspekte van 'n probleem fokus (De Witt, 2009:20; Smith *et al.*, 2011:462).

**Kognitiewe ontwikkeling
Konkreet-operasionele fase**

Dit is vir die navorser duidelik dat die kind op hierdie ouderdom vaardighede ontwikkel het om oorsaak en gevolg van sy gedrag in die hier en nou in te sien. Hierdie fase bied volgens die navorser meer geleenthede om die kind te bemagtig om verantwoordelikheid ten opsigte van keuses te neem. Dit beteken dat die kind op 'n konkrete wyse kan insien dat sekere voedsel of fisieke aktiwiteite 'n sekere gevolg op sy liggaam het, byvoorbeeld die kind is moeg, geïrriteerd, of energiek.

In hierdie fase kan die kind insien dat dieselfde hoeveelheid voedsel op 'n ander bord dieselfde bly – konservasie. Die kind is ook in staat om objekte te kategoriseer wat beteken dat die kind nou in staat sal wees om voedsel met gemak in die verskillende voedingsgroepe te plaas, maar ook om ander klassifikasies aan voedsel toe te dig.

Die kind kan dus tydens die besluitnemingsproses ten opsigte van sy omstandighede en gesondheid meer betrokke wees. Die kind kan meer verantwoordelikhede opneem en dit suksesvol hanteer. Die vermoë om probleme op te los, is ook ontwikkel. Alle antwoorde op vraagstukke hoef dus nie aan die kind verskaf te word nie, maar die kind is in staat om die antwoorde self te vind en te ontdek.

3.3.2.1.4 Kognitiewe ontwikkeling: formeel-operasionele fase

Hierdie fase is ongeveer vanaf elf jaar tot volwassenheid. Die kind ontwikkel die vermoë om abstrak en logies te dink en afleidings te maak (Shaffer & Kipp, 2010:273; Slavin, 2012:37-38). Hierdie fase gaan nie in hierdie studie bespreek word nie, aangesien hierdie navorsing op die kind in die middelkinderjare fokus.

3.3.3 Perseptuele ontwikkeling van die kind

LeFrancois (2001:207) is van mening dat ons voortbestaan as mense afhang van ons vermoë om sin van die wêreld en onself te maak en daarom is perseptuele vaardighede nodig. Die perseptuele ontwikkeling van die kind is 'n ingewikkelde proses en word op verskeie aspekte gebaseer (De Witt, 2009:87). LeFrancois (2001:207) beskryf die volgende begrippe:

“... **sensasie** as die fisiese effek van stimulasie; 'n fisiologiese proses wat afhanklik is van die aktiwiteit van die sintuie en persepsie as die reaksie op en **interpretasie** van fisiese stimulasie (sensasie); 'n konseptuele proses wat afhanklik is van die aktiwiteit van die brein en **konseptualisering** as die vorming van konsepte (idees of betekenis); 'n intellektuele proses wat lei tot denke en begrip”.

Sabau, Niculescu, Gevat, Lupa (2013:632-633) en De Witt (2009:94-96) noem dat perseptueel-motoriese vaardighede, onder andere middellynkruising, liggaamsbewustheid (kinestesie), liggaamsbegrip, liggaamsbeeld, simmetrie en ruimtelike persepsies insluit. Indien 'n kind perseptuele uitvalle toon, kan dit vir die kind so nadelig wees dat dit ander ontwikkeling strem (De Witt, 2009:90).

Dit blyk uit die voorafgaande dat die perseptuele ontwikkeling (kyk par. 2.4.2.1 in hierdie verband) veral drie konsepte van belang uitwys, naamlik: *liggaamsbewustheid*, *liggaamsbegrip* en *liggaamsbeeld*. Dit blyk dat hierdie konsepte veral as gevolg van oorgewig of vetsug negatief gestrem word en sal vervolgens bespreek word.

- **Liggaamsbewustheid, liggaamsbegrip en liggaamsbeeld**

Liggaamsbewustheid (kinestesie) is die grondslag waarop die kind sy perseptuele vaardighede bou en behels 'n goeie kennis en begrip van sy eie liggaam en die innerlike bewustheid daarvan, asook die verhouding van sy liggaam tot die ruimte (De Witt, 2009:95; Sabau *et al.*, 2013:632). Die kind begin sy liggaam op die ouderdom van twee jaar ontdek (Shaffer & Kipp, 2010:481) en later kan die kind die verskillende ledemate uitken wat tot **liggaamsbegrip** lei. Die kind ontwikkel hierdie vaardigheid deur spel en ouer kinders veral deur sportaktiwiteit (Sabau *et al.*, 2013:635). Oaklander (1988:284) noem dat liggaamsbewustheid die basis is vir 'n sterk self-sin. Hierdie outeur is van mening dat om 'n kind beter oor homself te laat voel, moet die kind na homself

teruggebring word en stel verskeie tegnieke vir liggaamsbewustheidontwikkeling voor (Oaklander, 1988:284). Liggaamsbewustheid vorm 'n noue verband met die motoriese ontwikkeling van die kind en die sensoriese omgewing waarbinne die kind leef en hieruit ontwikkel die liggaamsbeeld. Die liggaamsbeeld sal vervolgens bespreek word.

**Perseptuele
ontwikkeling**

Optimale perseptuele ontwikkeling behels die bewustheid en begrip van die liggaam. Om liggaamsbewustheid te bevorder, kan verskeie tegnieke aangewend word, byvoorbeeld ontspannings- en asemhalings-oefeninge, liggaamsbewegings, en selfs spieëlwerk ('n persoon staan voor 'n vollengte spieël en bestudeer sy liggaam). Hierdie tegnieke kan met vrug in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangewend word wat ook tot stresontlading kan lei.

Vanuit die liggaamsbewustheid ontwikkel die kind 'n beeld van sy liggaam (De Witt, 2009:120). **Liggaamsbeeld** verwys na die sielkundige evaring van “embodiment,” maar nie uitsluitlik die mens se fisieke voorkoms nie. Dit is 'n multi-dimensionele konstruk wat selfpersepsies en selfevaluering insluit, onder andere van gedagtes, gevoelens en gedrag of die siening, bewuswording en vertoon van die liggaam (Cornette, 2008:140; Abalasei & Trofin, 2016:8-9). Jordaan (2012:442) meen dat oorgewig of vetsug die persepsie van die liggaamsbeeld en die idee van die ideale liggaam negatief beïnvloed. Hierdie is 'n belangrike aspek volgens die navorser, aangesien die negatiewe persepsie van die liggaam en 'n onbereikbare ideale liggaamsbeeld die konsep liggaamsontevredenheid na vore bring.

Liggaamsontevredenheid word dikwels vererger deur die feit dat die kind oorgewig of vetsugtig is (Newman & Newman, 2012:340). Liggaamsontevredenheid het 'n sosio-kulturele oorsprong wat dikwels veroorsaak word deur algemene sosiale druk deur ouers, vriende en die media om maer te wees (Lawler & Nixon, 2011:59-60; Newman & Newman, 2012:340-341; Stice & Whitenton, 2002:669-678). Hierdie druk kan direk wees, byvoorbeeld, deur 'n ouer wat die kind aanmoedig om op 'n dieet te gaan of indirek, byvoorbeeld waar 'n goeie vriend bewondering toon vir 'n ultra-maer model. Daar word ook genoem dat spot wat met die kind se gewig gedryf word, tot liggaamsontevredenheid kan lei (kyk ook par. 2.4.4.3 in hierdie verband). Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines

en Story (2006:244), Shaffer en Kipp (2010:222), asook Newman en Newman (2012:340) bevestig dat laer liggaamstevredenheid tot hoër vlakke van ongesonde kitsdiëte, asook impulsiewe ooreet en laer vlakke van fisieke oefening, en die verminderde inname van groente en vrugte lei. Neumark-Sztainer *et al.* (2006:244), is van mening dat ingrype by adolessente veral daarna moet streef om liggaamstevredenheid te bevorder en om boodskappe te vermy wat tot die daling van liggaamstevredenheid kan lei. Bacon (2008:176) stel dit as volg: “Accepting your body is not just about physicality, it’s about accepting who you are, not continuing to wait until you become the person you imagine being.”

Perseptuele ontwikkeling

Uit die voorafgaande blyk dit dat liggaamsontevredenheid in die adolessente fase 'n negatiewe invloed op liggaamsgewig kan veroorsaak. Hieruit word die belangrikheid van voorkoming van oorgewig of vetsug in die middelkinderjare beklemtoon. Verder word afgelei dat perseptuele ontwikkeling van die kind belangrik is, aangesien die kind deur beweging sy liggaam leer ken wat liggaamsbegrip en liggaamsbewustheid tot gevolg het wat weer tot liggaamsaanvaarding en 'n gesonde liggaamsbeeld lei. Die kind moet om hierdie rede aangeemoedig word om op 'n niebedreigende manier sy liggaam te ontdek en te leer ken, byvoorbeeld deur dans en klim-en-klouter aktiwiteite. Hierdeur word daar aan die behoefte aan aanvaarding deur die self en ander voldoen wat tot optimale funksionering lei. Aanvaarding van die liggaam lei dus tot die aanvaarding van die self, en dus 'n gesonde, positiewe selfbeeld.

3.3.4 Motoriese ontwikkeling van die kind

Volgens Uys en Pienaar (2010:131) verwys motoriese ontwikkeling na die “... progressiewe veranderinge in bewegingsgedrag reg deur die lewensiklus wat voortdurende aanpassing ten opsigte van veranderinge in 'n persoon se bewegingsvermoëns behels, in 'n poging om motoriese kontrole en bewegingsbevoegdheid te verkry en te behou.” Dit sluit groot motoriese vaardighede, onder andere, koördinasie van die groot spiere in die liggaam, liggaamsbalans en egaligheid in ritmiese en vloeiende bewegings in, asook fyn motoriese vaardighede, soos oogbewegings, oog-hand- en oog-voet-koördinasie in (Shaffer & Kipp, 2010:214-215; Steinberg *et al.*, 2011:194; Uys & Pienaar, 2010:131).

Du Toit en Pienaar (2003:37-48) toon in hul studie dat daar 'n negatiewe verband tussen groot motoriese vaardighede en oorgewig of vetsug by die voorskoolse kind in terme van balansaktiwiteite is. Truter (2011:26) het in ooreenstemming hiermee bevind dat vetsug 'n negatiewe invloed op liggaamskoördinasie wat 'n motoriese vaardigheid is, het. Truter, Pienaar en Du Toit (2010:232) het bevind dat die aerobiese kapasiteit en spiersterkte, veral die beensterkte, van nege- tot twaalfjarige Suid-Afrikaanse kinders progressief verminder indien die LMI toeneem.

Die verband tussen motoriese ontwikkeling en oorgewig of vetsug word bevestig deur navorsers met hul bevindinge dat kinders met ontwikkelingskoördinasieversteuring (*developmental coordination disorder*) meer geneig is tot oorgewig of vetsug as kinders sonder die versteuring (Cairney, Hay, Faught, Wade, Corna & Flouris, 2005:515; Yu, Sit, Burnett, Capio, Ha & Huang, 2016:135). Hierdie bevindinge stem ooreen met Pienaar, Bell en Dreyer (2007:230) wat in hul studie aantoon dat die voorkoms van ontwikkelingskoördinasieversteuring verwant is aan die voorkoms van vetsug by 10- tot 12-jarige meisies woonagtig in Noord-Wes in Suid-Afrika. Hierdie versteuring dra daartoe by dat kinders minder geneig is om deel te neem aan fisieke aktiwiteit, omdat hulle hulself as minder vaardig beskou in vergelyking met hul maats en omdat dit vir hulle 'n groter uitdaging is om aktiwiteite suksesvol uit te voer (Cairney *et al.*, 2005:516; Davies, 2011:328). Du Toit en Pienaar (2003:45) bevind dat goeie ontwikkeling van die motoriese vaardigheid by kinders tot die ontwikkeling van 'n goeie selfbeeld kan lei en die liefde vir fisieke aktiwiteite kan bevorder wat oor die langtermyn 'n onaktiewe leefstyl kan verhoed.

Op grond van bogenoemde word daar afgelei dat 'n bouse kringloop kan ontstaan as die kind motoriese agterstande ervaar. Hierdie agterstande kan die kind verhinder om aan sportaktiwiteite en ander fisieke aktiwiteite deel te neem. As gevolg van lae fisieke aktiwiteitsvlakke kan dit tot immobiliteit lei wat 'n gewigstoename en 'n negatiewe selfbeeld tot gevolg kan hê (kyk par. 2.4.3.1).

Dit is vir die navorser van groot belang dat die kind nie net deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangemoedig moet word om aan spontane en georganiseerde fisieke aktiwiteite deel te neem nie. Die kind se belangstelling in 'n fisieke aktiwiteit moet ondersoek word en die motoriese beperkinge wat die kind ervaar, moet sover as moontlik bepaal en aangespreek word. Sodoende kan die kind in staat gestel word om fisiek meer aktief te wees en lewenslange fisieke aktiwiteite bevorder word.

3.3.5 Emosionele ontwikkeling van die kind

Emosionele verandering en groei vind plaas soos wat die kind liggaamlik groei en die middelkinderjare betree. Die kind se emosionele ontwikkeling word deur baie aspekte bepaal, maar persoonlikheid, kulturele invloede, asook biologiese faktore speel 'n groot rol hierin (Papalia *et al.*, 2009:217-218). Die doel van emosionele ontwikkeling is dat die kind kan leer om emosies te interpreteer, te reguleer en toepaslik uit te druk, asook om die emosies van ander te verstaan en op ander se emosionele ongemak te reageer (Berk, 2012:254; Newman & Newman, 2012:172-173, Papalia *et al.*, 2009:218).

Jonides *et al.* (2002:215) konstateer dat die mees verrykende gevolge van oorgewig of vetsug die invloed daarvan op die emosionele ontwikkeling van die kind is. Baldaro, Rossi, Caterina, Codispoti, Balsamo en Trombini (2003:192) dui in hul studie aan dat kinders wat ernstige vetsug ervaar se moeders 'n laer vermoë toon om nieverbale uitdrukkings van die kind se emosies te ontrafel en noem verder dat hierdie kinders moeilik hul eie emosies kan uitdruk.

Emosionele ontwikkeling

Die behoeftes en/of probleme ten opsigte van emosionele ontwikkeling van die kind moet dus in ag geneem word tydens behandeling, omdat oorgewig of vetsug 'n negatiewe invloed op die ontwikkeling blyk te hê. Die ouers moet ook begelei word om die kind by te staan om emosionele behoeftes uit te spreek.

Die navorser is van mening dat, om in die behoeftes van die kind wat emosionele behoeftes insluit, te voldoen, moet daar eerstens ondersoek ingestel word na die behoeftes wat by die kind mag voorkom. Hiervoor is Maslow se hiërargie van behoeftes 'n aanduiding van die basiese behoeftes wat by die mens voorkom en word vervolgens bespreek.

- **Maslow se hiërargie van behoeftes**

Maslow (1954) onderskei tussen basiese behoeftes wat fisiologiese (eet, drink) en emosionele (sekuriteit, liefde) behoeftes insluit teenoor die metabehoeftes wat hoëvlakbehoefte is (kognitiewe, estetiese en selfaktualisering) (Feeney *et al.*, 2013:130-131; Newman & Newman, 2012:434; Taormina & Gao, 2013:156-160). Selfaktualisering kan beskryf word as die motivering van die mens om sy volle potensiaal te ontwikkel, om nuwe vlakke van insig te ontwikkel en persoonlike vervulling te bereik (Gordon & Browne, 2011:130; Newman & Newman, 2012:434; Taormina & Gao, 2013:159). Slavin (2012:289) stel dat die konsep van selfaktualisering gedefinieer kan word as die begeerte om alles te word waartoe 'n mens in staat is. Verder word selfaktualisering gekenmerk deur die aanvaarding van die self en ander, spontaneïteit, openheid, relatief diep (maar demokratiese) verhoudings met ander, skeppendheid, humor en onafhanklikheid; samevattend dus - psigologiese gesondheid (Slavin, 2012:289).

Maslow se hiërargie van behoeftes

Metabehoeftes kan nooit totaal bevredig word nie, maar die kind kan deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangemoedig en gemotiveer word om psigologiese gesondheid na te streef wat insluit die aanvaarding van die self en ander, spontaneïteit, openheid, relatief diep (maar demokratiese) verhoudings met ander, dus 'n gevoel van geborgenheid, asook kreatiwiteit, humor en onafhanklikheid.

- **Basiese menslike behoeftes aanvullend tot Maslow**

Habermacher, Ghadiri en Peters (2014:9-10), Lindon (2012:11-12) en Pringle (1986:81-106) se beskrywing van basiese menslike behoeftes kan aanvullend tot Maslow se hiërargie van behoeftes gestel word. Pringle (1986:81) konstateer: “If one of the basic needs remains unmet – or inadequately met – then development may become stunted or distorted. In practice it is likely that if one need fails to be met, others will be affected too.”

Die basiese menslike behoeftes word soos volg deur hierdie navorsers gestel:

- Die kind het behoefte aan erkenning van sy totale menswees; dus 'n gesonde selfbeeld en 'n gevoel van selfwaarde.
- Die kind wil beheer en nuwe ondervindings ervaar; dus 'n gevoel van vryheid en outonomie en die gevoel dat die kind in beheer is van sy wêreld.
- Oriëntering van die individu se posisie in die wêreld; dus 'n gevoel van verstaan en die vorming van 'n samehangende beeld van die wêreld en die individu se posisie daarin.
- 'n Gevoel van gehegtheid met ander; dus liefde en veiligheid.
- Die kind wil plesier en 'n gevoel van beloning, verantwoordelikheid en positiwiteit ervaar.

Ouers moet dus aan beide Maslow en elk van die bogenoemde komponente aandag skenk om in die optimale emosionele behoeftes van die kind te voorsien.

**Basiese behoeftes
aanvullend tot Maslow**

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet deurentyd die ouers en kinders rig om bogenoemde behoeftes na te streef en uit te leef. Die navorser is verder van mening dat ouers soms in oormaat aan die kind se behoeftes probeer voorsien, wat tot oorbeskerming kan lei. Daar word nie ruimte gelaat dat die kind selfverantwoordelikheid en onafhanklik kan ontwikkel nie. Ouers moet dus aan die kind die nodige leiding skenk sodat die kind binne 'n beskermende omgewing homself kan ontdek wat weer tot optimale emosionele ontwikkeling en bevrediging van behoeftes en die oplossing van probleme kan lei.

Die emosionele behoeftes van die kind is in die voorafgaande gedeelte bespreek. Om egter die emosionele ontwikkeling van die kind verder te bestudeer, word Erikson se teorie van psigososiale ontwikkeling vervolgens bespreek.

3.3.5.1 Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie

In 'n poging om die totale emosionele behoeftes van die kind weer te gee, is dit van belang om eers die psigososiale ontwikkeling van die kind te verstaan. Erikson (1950, 1968), soos Zastrow en Kirst-Ashman (2013:302-304) en Sigelman en Rider (2012:50) daarna verwys, het die teorie van psigososiale ontwikkeling in agt stadia ontwikkel. Hierdie teorie fokus op die ontwikkeling van persoonlikheid deur die verskillende stadia as gevolg van die interaksie tussen biologiese rypwording en die eise van die samelewing. Erikson stel dit dat die samelewing waarin mens leef sekere psigiese eise tydens elke stadium van psigososiale ontwikkeling stel. Erikson noem hierdie vereistes 'krisisse'. Tydens elke psigososiale stadium moet die individu aanpassings maak om die stressors en konflikte wat die krisis behels, te oorkom. Die agt stadia van psigososiale ontwikkeling kan soos volg weergegee word (Shaffer & Kipp, 2010:44-45; Sigelman & Rider, 2012:53; Smith *et al.*, 2011:676; Weiten, 2013:424-425):

Stadium 1: Vertroue teenoor wantroue (Geboorte tot 18 maande)

Die psigososiale vereiste vir babas is om 'n basiese vertroue in die wêreld te ontwikkel. Erikson (soos aangehaal deur Slavin, 2012:55) definieer basiese vertroue as "an essential trustfulness of others as well as a fundamental sense of one's own trustworthiness." Die moeder, of moederfiguur, is gewoonlik die eerste belangrike persoon in die kind se lewe. Die moeder is die persoon wat die kind se behoefte aan voedsel en toenadering moet vervul. Indien die moeder inkonsekwent of verwerping toon, word sy 'n bron van frustrasie vir die baba in plaas van 'n bron van plesier (Slavin, 2012:55). Indien die moeder inkonsekwente gedrag openbaar, sal die kind wantroue in die moeder of sy wêreld ervaar en hierdie wantroue sal in sy kinderjare voortduur en mag selfs in volwassenheid voorkom (Shaffer & Kipp, 2010:45; Smith *et al.*, 2011:672; Weiten, 2013:424) (verwys na par. 3.5 in hierdie verband). Indien die kind 'n gesonde balans tussen vertroue en wantroue ervaar, is die kind goed toegerus om nuwe situasies te hanteer. Erikson noem hierdie sintese 'hoop' wat dwarsdeur die kind se lewe van

groot belang is (Gordon & Browne, 2011:109; Greene, 2012:201; Jordaan, 2016:367; Sigelman & Rider, 2012:50; Weiten, 2013:424-425; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:303). Indien die kind nie hierdie sintese ontwikkel nie, sal die kind sosiale en emosionele onttrekking toon (Greene, 2012:203) (kyk ook par. 3.5.2).

**Erikson se emosionele
ontwikkelingsteorie
Vertroue vs Wantroue**

Dit is duidelik indien die gehegtheid tussen die baba en ouer in hierdie fase nie voldoende was nie (emosionele en psigososiale probleme) en die baba 'n gevoel van wantroue ervaar, dit tot latere emosionele probleme kan lei. Dit blyk dan verder dat die kind hierdie nuwetende, onvervulde emosionele behoefte wat ervaar word, deur die inname van voedsel probeer vervul, dus word minder eetbeheer toegepas (kyk par. 3.9.3). Om te eet word vir die kind sinoniem aan 'n gevoel van geborgenheid, liefde en omgee; dus word voedsel 'n trooster vir emosionele behoeftes. Hierdie optrede van die kind kan tot vetsug lei en moet daarom in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aandag geniet.

Stadium 2: Outonomie teenoor skaamte of twyfel (18 maande tot drie jaar)

Teen die ouderdom van twee jaar kan die meeste babas loop en het hulle hul taalvaardighede al só ontwikkel dat hulle met ander kan kommunikeer. Kinders in hierdie fase wil glad nie meer totaal van ander afhanklik wees nie en streef na outonomie, die vermoë om dinge vir hulself te doen, self aan te trek en self te eet (Shaffer & Kipp, 2010:45; Smith *et al.*, 2011:672) (kyk ook par. 3.3.2.1.2 in hierdie verband). Ouers moet die kind toelaat om sy outonomie uit te oefen (Smith *et al.*, 2011:672). Die sintese 'wilskrag' sal ontwikkel indien die kind outonomie ervaar (Gordon & Browne, 2011:110; Greene, 2012:201; Jordaan, 2016:367; Sigelman & Rider, 2012:50; Weiten, 2013:424-425; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:303). Indien ouers oorbeperkend en streng met hul kind is, ontwikkel die kind 'n gevoel van magteloosheid en onbevoegdheid wat tot skaamte en twyfel in die kind se vermoë kan lei (Shaffer & Kipp, 2010:45; Smith *et al.*, 2011:672). Indien skaamte of twyfel ontwikkel, sal die kind, volgens Greene (2012:201, 203), die sintese 'dwang' internaliseer.

**Erikson se emosionele
ontwikkelingsteorie**
**Outonomie vs Skaamte of
Twyfel**

Uit die voorafgaande wil dit voorkom dat die ouer die kind se mislukkings met die nodige simpatie moet hanteer sodat die kind se selfvertroue nie geskaad word nie. Dit moet voorkom word dat kinders 'n gevoel van magteloosheid en onbevoegdheid ervaar, ook ten opsigte van sy gewig, wat tot skaamte en twyfel in die kind se vermoë kan lei. Die navorser lei af dat die kind dan in sy algemene funksionering min outonomie en wilskrag ervaar, dus min beheer en verantwoordelikheid, wat die kind sal benadeel om sy optimale funksionering te bereik en sy emosionele behoeftes te vervul.

Stadium 3: Inisiatief teenoor skuld (Drie jaar tot ses jaar)

Hierdie fase bring vir die kind baie situasies mee waar die kind teen die reëls van die samelewing beweeg en oortree. Ouers wat die kind se pogings tot inisiatief onoordeelkundig straf, sal die kind skuldig laat voel oor sy natuurlike drang om inisiatief te neem gedurende hierdie fase en later in die lewe (Slavin, 2012:55). Die kind moet dikwels skuldgevoelens teenoor inisiatief opweeg wat die sintese 'doelgerigheid' ontwikkel (Greene, 2012:201). In teenstelling kan die kind inhibisies ontwikkel wat die vryheid tot denke, uitdrukking en aktiwiteite sal inhibeer (Gordon & Browne, 2011:111; Greene, 2012:201, 204; Jordaan, 2016:368; Sigelman & Rider, 2012:50; Weiten, 2013:424-425; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:303).

**Erikson se emosionele
ontwikkelingsteorie**
Inisiatief vs Skuld

Dit is vir die navorser duidelik dat die kind ook in hierdie fase die geleentheid gebied moet word om inisiatief te neem ten opsigte van alledaagse keuses en besluitnemingsprosesse. Die kind kan die vermoë ontwikkel om inisiatief te neem deur die blootstelling aan positiewe gedrag. Die kind kan byvoorbeeld die geleentheid gebied word om te kan besluit wat die gesin vir aandete gaan eet, met die moeder wat sekere riglyne bied. As die kind saam met die ouer inkopies gaan doen, kan die kind 'n groente- of vrugtesoort kies wat hy geniet of wat 'n sekere kleur is. Die kind moet ook inisiatief kan neem om emosionele behoeftes en probleme uit te spreek en oplossings te vind. Dis belangrik dat die kind met sy keuse en inisiatief sukses sal ervaar wat ondersteuning en aanprysing insluit.

Stadium 4: Arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid (Ses jaar tot 12 jaar)

Die kind fokus in hierdie stadium daarop om vaardighede te bemeester wat vir die volwasse lewe nodig is. Gedurende hierdie fase is dit vir die kind van groot belang

om sukses te behaal en dit word veral deur skoolopleiding bemeester. Onderwysers en maats speel 'n belangrike rol in die lewe van die kind en die ouers se invloed neem af (Shaffer & Kipp, 2010:45; Slavin, 2012:55) (verwys na par. 2.4.4.3 in verband met bogenoemde opmerking). Indien die kind nie sukses ervaar nie, word 'n gevoel van minderwaardigheid ontwikkel. Die kinders in hierdie stadium wil met maats kompeteer en speel (Shaffer & Kipp, 2010:45). Die sintese 'bekwaamheid/bevoegdheid' ontwikkel indien die kind sukses ervaar met die bemeestering van vaardighede en nie net 'n passiewe waarnemer bly nie (Greene, 2012:201). Indien die kind nie bekwaamheid bemeester nie, sal 'traagheid' ontwikkel wat doelgerigte gedrag en denke sal inhibeer (Gordon & Browne, 2011:111; Greene, 2012:201, 204-205; Jordaan, 2016:368; Sigelman & Rider, 2012:50; Weiten, 2013:424-425; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:303).

**Erikson se emosionele
ontwikkelingsteorie
Arbeidsaamheid vs Minderwaardigheid**

Die kind kan as gevolg van sy gewig moontlik sukkel om take te bemeester (verwys ook na par. 3.5). Deur herhaaldelik mislukking te ervaar, kan dit tot 'n gevoel van minderwaardigheid lei; onbevoegtheid/onbekwaamheid word ervaar wat tot traagheid lei. Dit is daarom van belang dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram se doel nie per se op gewigsverlies gefokus moet wees nie, maar dat bereikbare doelwitte gestel moet word.

Die navorser is van mening dat die kind in hierdie fase die geleentheid gebied moet word om vaardighede in die veilige omgewing van die huis en by die skool ontwikkel. Dit sluit ook onder andere lewensvaardighede, kommunikasie-, konflikthanterings-, asook kook- en sportvaardighede in. Indien die kind bekwaamheid/bevoegdheid op verskeie vlakke beleef, sal die kind moontlik optimale funksionering en bevrediging van behoeftes ervaar.

Die volgende stadia is nie van toepassing op hierdie navorsing nie en word daarom net kortliks genoem (Greene, 2012:201; Sigelman & Rider, 2012:50; Weiten, 2013:424-425; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:303).

Stadium 5: Identiteit teenoor Rolverwarring (Adolesensie)

Die sintese 'betroubaarheid' ontwikkel in hierdie fase.

Stadium 6: Intimiteit teenoor Isolاسie (Vroeë volwassenheid)

Hierdie fase is gedurende vroeë volwassenheid en die sintese 'liefde' ontwikkel.

Stadium 7: Generatieweit teenoor Stagnasie (Volwassenheid)

Die sintese 'sorgsaamheid' ontwikkel in hierdie stadium.

Stadium 8: Integriteit teenoor Wanhoop (Bejaardheid)

Die sintese 'wysheid' ontwikkel.

Emosionele ontwikkeling Erikson se emosionele ontwikkelingsteorie

Die ouderdomsperke wat in Erik Erikson se emosionele ontwikkelings-teorie aangedui word, is die beste tydsaanduidings om 'n spesifieke krisis op te los, maar dit is nie die enigste tyd van 'n persoon se lewe waarin die spesifieke probleme ervaar kan word nie. Uit bogenoemde lei die navorser af dat indien die kind nie die nodige sintese internaliseer nie, dit 'n geweldige invloed op sy emosionele ontwikkeling kan plaas wat later in sy lewe problematies kan wees, maar dit kan wel op 'n latere stadium geïnternaliseer word. Die ouers van die kind het dus 'n groot verantwoordelikheid om in die kind se basiese emosionele behoeftes te voorsien en die nodige omgewing en ruimte te skep sodat hierdie sinteses geïnternaliseer kan word. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kan die nodige leiding aan die ouers in hierdie verband bied.

Vir 'n volledige beeld van die emosionele ontwikkeling van die kind, moet die ontwikkeling van die kind se self bestudeer word. Vervolgens gaan die ontwikkeling van die kind se self meer breedvoerig bespreek word.

3.3.6 Ontwikkeling van die self

Die kind word in hierdie afdeling beskryf in terme van die self en die kenmerke van die self wat direk geraak word indien die kind met oorgewig of vetsug leef.

3.3.6.1 Die kind se 'self': Selfpersepsie, selfkonsep, selfbeeld en die beleving van die self

De Witt (2009:119) definieer die 'self' as die gedeelte van die mens waarvan hy voortdurend bewus is en voortvloeiend daaruit is die vertolking en organisering van sy lewenservarings ten opsigte van sy fisieke eienskappe (voorkoms), sy sielkundige eienskappe (vermoëns en behoeftes) en sosiale eienskappe (hoe skaam, gespanne en vriendelik die kind in interaksie met ander is). In die literatuur word daar na verskeie terme soos *selfpersepsie*, *selfidentiteit*, *selfkonsep* en *selfbeeld* of die *beleving van die self* verwys om die 'self' te beskryf. Hierdie terme hou

verband met 'n persoon se unieke evaluerende siening van homself, positief en negatief, wat insluit die denke wat die persoon oor homself het en die waarde wat die persoon aan homself as individue heg; dus die totale som van wat die individu van die self weet (De Witt, 2009:121; Feeney *et al.*, 2013:193; Papalia *et al.*, 2009:297; Pretorius, 2003:44; Smith *et al.*, 2011:215). Subjektiewe terugvoer word ook vanaf vriende, ouers, onderwysers en ander belangrike persone in die kind se lewe ontvang. Hierdie terugvoer word deur die kind ge-evalueer om homself binne 'n sekere kategorie te plaas, soos byvoorbeeld goed, sleg, aggressief, kalm, eerlik, ensovoorts (Pretorius, 2003:4).

Die kind se
'self'

Subjektiewe terugvoer van betekenisvolle ander persone blyk 'n invloed op die kind se denke van homself te hê. Die navorsers lei af dat gewigsbaseerde aanmerkings 'n invloed op die kind se 'self' kan hê, wat tot 'n negatiewe selbeeld of selfagting kan lei.

Louw en Louw (2014:205), Papalia *et al.* (2009:219) en De Witt (2009:120) is van mening dat in die eerste lewensjaar van die kind, wanneer selfbewustheid na vore kom, die kind se self/selfkonsep reeds begin ontwikkel. Gedurende die middelkinderjare ontwikkel kinders 'n meer verfynde selfkonsep. Hul selfbeskrywing sluit nie net eksterne eienskappe in nie, maar ook interne eienskappe en persoonlikheidstreke, sowel as sosiale aspekte van hulself in, dus 'n akkurate verstaan en aanvaarding van swak- en sterkpunte en 'n positiewe eiewaarde-sin (Feeney *et al.*, 2013:193; Papalia *et al.*, 2009:297). Kinders tref ook sosiale vergelykings met lede van hul portuurgroep in terme van hul voorkoms, vermoëns en gedrag in verhouding met dié van ander (Davies, 2011:368; Louw & Louw, 2007:182-183). Die kind toon meer vaardighede vir perspektiefvorming (die vermoë om af te lei wat ander mense dink); dus die vermoë om die **ideale self** (wat hulle graag sou wou wees) en die **regte self** (wie hulle regtig is) te evalueer, of te verbeter (De Witt, 2009:120; Louw & Louw, 2014:273; Mason, 2015:59; Pretorius, 2003:4-5).

Shaffer en Kipp (2010:488) en Pretorius (2003:44) gee die volgende aspekte weer waarvolgens kinders hulle selfwaarde evalueer:

- **Skolastiese bevoegdheid** – die kind se bevoegdheid en gevoel aangaande akademiese prestasies.

- **Atletiese bevoegdheid** – bevoegdheid aangaande sport en speletjies wat fisieke vaardighede en atletiese vermoë vereis.
- **Sosiale aanvaarding** – populariteit in en sosiale aanvaarbaarheid van die kind deur sy portuurgroep.
- **Fisieke voorkoms**
- **Gedragspatrone** wat die kind openbaar.

Shaffer en Kipp (2010:491-493) meen egter dat die kind se huislike omstandighede, die interaksie met ouers, die ouers se ouerskapstyl, asook die portuurgroep en kulturele invloede ook tot die vorming van die selfbeeld bydra.

Die kind se 'self'

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die kind se selfbeeld bepaal word deur sekere bevoegdhede wat die kind ervaar, al dan nie. Die navorser lei af dat die kind wat met oorgewig en vetsug leef dikwels, om welke rede ook al, nie hierdie bevoegdhede ervaar nie en dit veroorsaak dus dat die kind 'n negatiewe selfbeeld ontwikkel en nie aanvaarding ervaar nie (verwys na parr. 2.4.3.4, 3.6.1, 3.9 en 3.10 in hierdie verband).

Sullivan (2010:296) is van mening dat die invloed van oorgewig of vetsug 'n vernietigende en langdurige negatiewe effek op 'n kind se selfbeeld en gees het. In 'n studie van Strauss (2000:15) is bevind dat daar nie 'n aansienlike verskil tussen 9- en 10-jarige vetsugtige en nievetsugtige kinders se selfbeeld bestaan nie. 'n Opvolgstudie na vier jaar het egter 'n aansienlike laer selfbeeld by die oorgewig dogters teenoor die nieoorgewig dogters gemeet. 'n Afname in die selfbeeld word geassosieer met 'n aansienlike toename in die mate van hartseer, alleenheid, en angstigheid; dus stem Strauss se studie met Sullivan se stelling ooreen. Sullivan (2010:296) noem verder dat baie oorgewig kinders 'n lae selfbeeld ontwikkel wat weer emosionele en gedragsprobleme, soos depressie, uittartende en boeligedrag, en swak skoolprestasies tot gevolg het.

In die studie van Lawrence (2010:312) word aangetoon dat oorgewig kinders wat die meeste kwesbaar is vir 'n lae selfbeeld, diegene is wat glo dat hulle verantwoordelik is vir hul oorgewig. Die kinders wat 'n meer positiewe selfbeeld getoon het, het hul gewigsprobleme aan oorsake buite hulle beheer gekoppel.

Dit wil dus voorkom of die kind magteloosheid en 'n minderwaardigheidsgevoel kan ontwikkel indien die kind verantwoordelik voel vir die oorgewig of vetsug en dan word 'n negatiewe selfbeeld gevorm. Hierdie aspek moet in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in berekening gebring word.

In die studie van Allen, Byrne, Blair & Davis (2006:244) word daar bevind dat oorgewig kinders meer bekommerd is oor hul gewig en vorm as kinders met 'n gesonde gewig. Benewens hierdie kinders se gewigstatus, het die kinders met 'n hoër gewig, 'n laer selfbeeld en hoër vlakke van liggaamlike ontevredenheid en depressie gemeet as die kinders met 'n laer gewig. Allen *et al.* (2006:245) beveel aan dat die vroeë identifisering van hoë gewig en die ontwikkeling van liggaamlike bekommernisse wat met toepaslike intervensies gekombineer word, die sielkundige nood van die oorgewig kind kan verminder. Hierdie navorser voer verder aan dat die verbetering van die selfbeeld tot die daling van liggaamsontevredenheid en wanordelike eetgedrag kan lei. Die navorsers, Wilhelm (2006:20-25) en Lawrence (2010:311), is verder van mening dat die media 'n groot bydraende faktor is tot die beeld wat persone van hulle liggame vorm. In die media word sukses en geluk aan slankheid gekoppel. Wilhelm (2006:22) noem dat kinders, veral dogtertjies, bewus gemaak word van slankheid en skoonheid deur die tipe speelgoed waarmee hulle speel en dat 'skoonheid' op elke winkelrak beskikbaar is.

Die waarde van 'n goeie selfbeeld word deur Sinha en Sinha (2009:4) aangetoon. Hierdie navorsers is van mening dat 'n persoon met 'n goeie selfbeeld sterk oortuigings bou, die wil om verantwoordelikheid te aanvaar ontwikkel, optimistiese sienings bou wat tot beter verhoudings en 'n vol lewe lei, mense meer bewus van ander se behoeftes maak en 'n kultuur van omgee ontwikkel. 'n Goeie selfbeeld maak 'n persoon gemotiveerd en ambisieus, laat 'n persoon nuwe geleenthede raak sien en laat die persoon nuwe uitdagings aanvaar. Dit help verder die persoon om beide positiewe en negatiewe kritiek te kan gee en te ontvang, asook komplimente te kan gee en te ontvang, en dit leer 'n mens om taktvol te wees (Sinha & Sinha, 2009:4). Die navorser lei op grond van die voorafgaande af dat

indien die kind verantwoordelikheid vir sy lewe aanvaar, sal die kind ook verantwoordelikheid vir sy eetpatroon en eetgedrag aanvaar.

Oaklander (1988:282) konstateer die volgende aangaande die behandeling van 'n kind wat 'n lae selfkonsep toon:

“... I have the opportunity to give her self back to her, for in a sense a poor self-concept is a lost sense of self. I have a chance to bring her in touch with her own potency, to help her feel at home in the world. I can help her give up negative messages and re-form positive ones. In regaining her sense of self, she can then throw herself fully into the process of exploring and discovering all the things in her world en verder change occurs when one becomes what he is, not when he tries to become what he is not.”

Die kind se 'self'

Die totale denke en beleving, positief en negatief, en hierdie geloof wat die kind in homself het, beïnvloed sy totale beleving van die wêreld.

Die kind moet dus 'n goeie, realistiese beeld van homself hê om sy volle potensiaal te kan bereik; nou en in die toekoms. Die kind moet gelei en ondersteun word om die selfbeeld wat skade gely het, te verbeter. Die kind het dus behoefte aan aanvaarding en 'n goeie selfbeeld (verwys na par. 3.6). Die navorser is van mening dat die positiewe selfbeeld vanuit die persoon self (interne begrip van die 'self') moet kom en nie verskans word in die begeerte dat ander hom moet aanvaar nie (eksterne motivering). Daardeur ontwikkel die persoon vanuit 'n interne begrip van die 'self' die behoefte om gesond te wees en ontwikkel aanvaarding van die 'self'.

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet die kind en ouer betrek om 'n realistiese beeld vir die kind te skep. Met 'n gesonde selfbeeld sal die kind sy omstandighede makliker kan hanteer en verantwoordelikheid kan neem om die oorgewig of vetsug as struikelblok te oorkom. Dit sal lei tot die aanvaarding vir wie die kind is en die uitbou van daardie eienskappe en nie die strewe na wat die kind nie is nie, met die gepaardgaande stres en minderwaardigheid.

3.4 Temperament van die kind

Die kind word nie alleen aan sy selfbeeld, hetsy negatief of positief, geken nie, maar temperament bepaal ook dikwels sekere optredes van die kind. Die temperament van die jong kind kan as die individuele verskille wat voorkom om die primêre behoeftes uit te druk, gedefinieer word. Die definiëring van

temperament by volwassenes word beskryf as die persoon se karaktereienskappe, die biologies-gebaseerde wyse waarop mense en situasies benader word, en die wyse waarop die persoon daarop reageer (Davies, 2011:68; De Witt, 2009:234; LeFrancois, 2001:244; Papalia *et al.*, 2009:221). Rothbart, Ahadi en Hershey (2011:15) definieer temperament as die "... constitutionally based individual differences in reactivity and self-regulation, with the term constitutional referring to the person's relatively enduring biological makeup, influenced over time by heredity, maturation, and experience." Temperament word dus gesien as die *hoe* van gedrag, en nie *wat* mense doen nie, maar *hoe* hulle dit doen. Temperament beïnvloed nie net die manier waarop kinders die buitewêreld benader en daarop reageer nie, maar ook die wyse waarop hulle geestelike, emosionele en gedragsfunksionering benader (Papalia *et al.*, 2009:221).

'n Baba/kind se temperament het 'n direkte impak op die ouers. Die kind wat byvoorbeeld altyd huil, kerm en kla teenoor 'n kind wat glimlag en gemakliker is, sal nie net 'n invloed op die ouer en kind se gehegtheid hê nie, maar die ouers kan die kind begin vermy en die kind minder blootstel om die gekerm van die kind te vermy (Davies, 2011:68-69). Papalia *et al.* (2009:226-227) bevestig hierdie siening en voer aan dat babas wat as prikkelbaar gekategoriseer is, meer waarskynlik 'n niegeborge gehegtheid (grootliks vermyding) met hulle ouers sal toon, teenoor nieprikkelbare babas wat 'n geborge gehegtheid op eenjarige ouderdom toon. Uit die voorafgaande wil dit dus voorkom dat die temperament van die kind en die ouer se reaksie teenoor die kind 'n invloed op die kind se gewig blyk te hê. Laasgenoemde word deur Wu, Dixon, Dalton, Tudiver en Xuefeng (2011:474) bevestig wanneer hulle konstateer dat die temperament van 'n kind en die moeder se sensitiwiteit teenoor die kind risikofaktore is vir die ontwikkeling van oorgewig of vetsug. Hierdie navorsers het bevind dat 'n kind met 'n moeilike/uitdagende temperament en 'n onsensitiewe moeder 'n aansienlik hoër risiko het om oorgewig of vetsugtig gedurende die skooljare te wees. Bergmeier, Skouteris, Horwood, Hooley en Richardson (2013:125) bevestig ook hierdie resultaat in hul studie. Hierdie resultate toon dus aan dat die kind se temperament en die ouerskapstyl 'n rol kan speel by die ontstaan of voorkoming van oorgewig of vetsug.

Hiervolgens word afgelei dat die kind se temperament, die ouer/kind-verhouding en -gehegtheid negatief kan beïnvloed wat dan die kind se gewig kan benadeel. Temperament bepaal ook die wyse waarop die kind sy oorgewig of vetsug in die samelewing hanteer.

Die ouer moet die nodige vaardighede aanleer om die kind met sy spesifieke temperament te hanteer sodat hul verhouding nie skade lei nie en die kind se behoefte aan geborgenheid en aanvaarding vervul word. Die navorser benadruk dus die feit dat die program vir die hantering van oorgewig en vetsug binne die gesinsverband aangebied moet word.

Die temperament van die kind moet ook binne die terapeutiese omgewing in ag geneem word. Die temperament van die kind sal bepaal hoe die kind aan die terapeutiese prosesse deelneem en opdragte uitvoer.

Die gehegtheid tussen kind en ouer word vervolgens bespreek aangesien dit blyk dat hierdie aspek nie net 'n invloed op die kind se ontwikkeling nie, maar ook op oorgewig of vetsug het.

3.5 Gehegtheid tussen kind en ouer

Gehegtheid word deur Weiten (2013:420) beskryf as die noue, emosionele band wat tussen 'n baba en sy versorger ontwikkel. Daniel *et al.* (2010:23) definieer gehegtheid as 'n liefdevolle band tussen twee individue wat nie deur ruimte of tyd vergaan nie en hulle emosioneel verbind. Weiten (2013:420-421) en Louw en Louw (2007:128) noem dat in die meeste gevalle die kind se eerste en belangrikste gehegtheid met sy moeder is, alhoewel die kind met baie ander persone later in sy lewe 'n gehegtheid kan vorm. Gehegtheid met die moeder is egter nie oombliklik nie en ontwikkel oor tyd. Verder word die gehegtheid nie bewerkstellig deur die voeding wat die moeder gee nie, maar die totale kontak wat plaasvind tussen die baba en moeder (De Witt, 2009:268; Louw & Louw, 2007:128; Schaffer, 2004:102; Weiten, 2013:420-421) (verwys na par. 3.3.5.1).

Daar bestaan verskeie faktore wat die gehegtheid tussen baba en moeder kan beïnvloed. Louw en Louw (2007:131) verwys na die moeder se persoonlikheid en haar verhouding met die baba wat 'n belangrike rol in die positiewe gehegtheid speel. Die temperament van die baba (verwys na par. 3.4), asook die psigososiale faktore, soos bv. 'n ongelukkige huwelik, armoede, en 'n gebrek aan sosiale

ondersteuning, speel ook 'n rol. 'n Goeie gehegtheid tussen die versorger en kind bevorder egter emosionele, sosiale, kognitiewe en selfregulerende vermoëns. Die kind leer in so 'n verhouding om gevoelens te reguleer en om gevoelens te kommunikeer (Ludy-Dobson & Perry, 2010:31; Teater, 2014:9). Weiten (2013:422) is van mening dat babas met 'n geborge gehegtheid geneig is om sterk, gesellige en bevoegde kleuters met 'n goeie selfbeeld te word. In hul voorskoolse jare toon hulle meer volharding, nuuskierigheid, selfstandigheid en leierskap en het beter vriendskapsverhoudings. In die middelkinderjare toon hul meer positiewe gesindhede, gesonder stresshanteringstrategieë en minder probleme met vyandigheid en aggressie. Papalia *et al.* (2009:228), bevestig ook hierdie positiewe verhoudings en selfvertroue wat by die kind ontwikkel.

Gehegtheid tussen die kind en ouer

Gehegtheid tussen die primêre versorger en kind ontwikkel oor 'n tydperk en verskeie faktore kan hierdie gehegtheid beïnvloed. Die wil voorkom of 'n geborge gehegtheid met die kind bepaal sal word deur die versorger se responsiwiteit teenoor die kind, maar ook die mate waartoe die kind vryheid in 'n veilige omgewing ervaar.

'n Geborge gehegtheid tussen die versorger en die kind bevorder emosionele, sosiale, kognitiewe en selfregulerende vermoëns. Die kind leer dus in so 'n verhouding om gevoelens te reguleer en te kommunikeer wat volgens die navorser positief op die algemene funksionering van die kind en sy eetpatrone en eetgedrag kan inwerk.

Gehegtheid tussen die kind en versorger ontwikkel egter oor 'n tydperk van ten minste twee jaar (Berk, 2012:265-266; Louw & Louw, 2014:140-141; Schaffer, 2004:102). Volgehoue toewyding aan mekaar is noodsaaklik om 'n geborge verhouding te skep, maar dikwels kan daar weens verskeie redes niegeborge patrone voorkom. Die onderskeie patrone van gehegtheid word vervolgens bespreek.

3.5.1 Hoofpatrone van gehegtheid

Mary Ainsworth (1967) het die gehegtheid van die baba deur die 'vreemde situasie'-tegniek bestudeer en daardeur aangetoon dat die kwaliteit van die versorger en baba se gehegtheid verskil. Ainsworth en haar medewerkers het drie hoofpatrone van gehegtheid geïdentifiseer wat in die onderstaande Tabel 3.1

weergegee word (Berk, 2012:266-267; Ludy-Dobson & Perry, 2010:31-33; Mazzeschi, Pazzagli, Laghezza, Radi, Battistini & de Feo, 2014:1-2; Papalia *et al.*, 2009:225-226; Teater, 2014:9-10; Weiten, 2013:421-422).

Tabel 3.1: Hoofpatrone van gehegtheid

Hoofpatrone van gehegtheid	
Geborge gehegtheid	Ouers bied emosionele terugvoer en hul emosionele beskikbaarheid help die kind om sy emosionele ervarings te reguleer. In 'n geborge gehegtheid reageer ouers deurlopend en sensitief op die volle spektrum van die kind se emosies. Die ouers se optrede is voorspelbaar en so leer die kind om sy emosies te reguleer.
Angstig-ambivalente gehegtheid ook bekend as weerstandige gehegtheid	Die kind kom angstig voor - selfs in die moeder se teenwoordigheid. Dit is onwaarskynlik dat die baba sy omgewing sal verken en is versigtig vir vreemdelinge, selfs in die moeder se teenwoordigheid. Die kind ervaar dat hy onwaardig is vir die liefde van die ouer.
Vermydingsgehegtheid	Die baba word nie buitengewoon ontstel deur die teenwoordigheid van vreemdes nie, maar kan hulle op dieselfde wyse vermy of ignoreer soos wat hy met die versorger doen. Die versorger kom vyandig, gewelddadig of rigied voor en toon onverskillige gedrag teenoor die kind se gevoelens en behoeftes.
'n Vierde kategorie is ook later bygevoeg, naamlik: Ongeorganiseerde gehegtheid	Hierdie kinders is verward en weet nie of hulle die versorger moet nader of vermy nie. Hierdie patroon reflekteer die meeste onsekerheid en onveiligheid. Hierdie gedrag kom veral voor by babas waar die versorgers oorsensitief, opdringerig of beledigend is, of waar die kind op welke wyse mishandel word. Die kind ontvang gemengde boodskappe van die versorger wat wissel van liefde en omgee tot vyandigheid en gewelddadigheid.

Berk (2012:279) stel dat navorsing aantoon dat vroeë warm, positiewe ouer/kind-verhoudings wat oor 'n sekere tydperk voortduur, baie aspekte van die kind ontwikkel, naamlik: die kind ontwikkel meer selfvertroue en 'n komplekse self-konsep; het beter emosionele begrip; toon gunstiger verhoudings met onderwysers en maats; toon beter sosiale vaardighede; het 'n sterker gevoel van morele verantwoordelikheid; en het meer motivering om op skool te presteer. Die langtermyn effek van geborge gehegheidsbande beïnvloed sosiale, emosionele en kognitiewe ontwikkeling dus ten goede (Louw & Louw, 2014:145; Berk 2012:278).

'n Geborge gehegtheid tussen die ouer en kind moet dus nagestreef word. So 'n gehegtheid kan tot gevolg hê dat uitdagende lewenservarings, soos die negatiewe emosionele effek van oorgewig of vetsug, met meer begrip en ondersteuning binne die gesin hanteer kan word. Dit blyk binne 'n wankelrige gehegtheid, dat daar meer verwerping en minderwaardigheid deur die kind ervaar sal word. So 'n verhouding sal die emosionele behoeftes van die kind onvervuld laat en die hantering van die gewigsprobleem bemoeilik (kyk ook par. 3.6).

3.5.2 Gehegtheid en die invloed op oorgewig of vetsug

Verskeie navorsers koppel oorgewig of vetsug aan die gehegtheid tussen die kind en sy primêre versorger. Daar is reeds genoem dat die kind se temperament en die moeder se sensitiwiteit tot oorgewig of vetsug kan lei (Wu *et al.*, 2011:474), maar verdere navorsing toon aan dat die gehegtheid tussen die kind en sy versorger tot oorgewig of vetsug kan lei. Anderson *et al.* (2012:135) stel dat: “Children who experienced poor quality early relationships with their mothers, as measured by insecure attachment and low levels of maternal sensitivity, had a greater risk of obesity in adolescence.” Mazzeschi *et al.* (2014:6) stel dit baie sterker dat moeders en vaders met oorgewig/vetsugtige kinders oor die algemeen 'n meer wankelrige gehegtheid toon. Bahrami, Kelishadi, Jafari, Kaveh en Isanejad (2013:321) bevind verder dat die kwaliteit van 'n kind se gehegtheid 'n beduidende effek op die selfdoeltreffendheid van eetbeheer, selfbeheer en impulsiwiteit het. Bahrami *et al.* (2013:323) toon aan dat moeders wat gehegtheidsangs goed hanteer en nie vermyding toepas nie, meer bevoeg is om hul eie emosies te reguleer en om voedingstrategieë toe te pas wat weer die kind sal motiveer om hul eie gesonde eetgewoontes te reguleer; dus word daar aan die kinders beheer gegee. Daarteenoor, is moeders wat hoë gehegtheidsangs ervaar, geneig om voeding te benader op 'n wyse wat die kind dwing om meer te eet of om die kind se inname van voedsel te beperk. Dit is in reaksie op hulle eie angs wat ervaar word en minder as gevolg van hul kinders se voedingsbehoefte (Bahrami *et al.*, 2013:323) (kyk ook par. 2.4.3.3.1 in hierdie verband). Van Ryzin en Nowicka (2013:107) bevestig dat 'n positiewe verhouding tussen die adolessent en die ouer die waarskynlikheid van oorgewig of vetsug in die kind se latere lewe kan verlaag.

Hierdie aspek wys daarop dat daar voorkomend opgetree kan word deur geborge verhoudings reeds in die babajare te vestig.

Gehegtheid en oorgewig of vetsug

Dit is vir die navorser duidelik dat 'n geborge gehegtheid tussen die kind en die primêre versorger van groot waarde is. 'n Geborge gehegtheid wat positiewe ouerlike invloede insluit, kan tot gesonde eetpatrone en positiewe gedrag lei.

Die navorser lei verder af dat ouers vanaf 'n vroeë stadium begelei en ondersteun moet word om 'n geborge gehegtheid met hul kind te ontwikkel. Indien daar aspekte is wat hul verhinder om 'n geborge gehegtheid te vestig, moet hulp verkry word sodat die struikelblokke uit die weg geruim kan word.

3.6 Ouerskapstyl van die ouer

In aansluiting by die gehegtheid tussen die kind en sy ouer, kom ouerskapstyl ook ter sprake. Papalia *et al.* (2009:316) noem dat die ouers se ouerskapstyl die kind se bevoegdheid om sy wêreld effektief te hanteer, kan beïnvloed. Namate die kind ouer word, kom daar meer konflik tussen die kind en ouer voor. Die ouer tree vanuit sy posisie as gesaghebbende persoon volgens 'n bepaalde ouerskapstyl op. Bahrami *et al.* (2013:3230) bevind dat ouerskap wat fokus op 'n negatiewe dissiplinestelsel met 'n hoër liggaamsmassa-indeks (BMI) by kinders geassosieer kan word. Baumrind (1971) (soos vermeld in Louw & Louw, 2014:219-220) identifiseer die verskillende dimensies van gesinsfunksionering, naamlik: warmte en koestering, konsekwentheid, verwagtings en kommunikasie. Baumrind identifiseer vanuit hierdie dimensies drie ouerskapstyle, terwyl Maccoby en Martin (1983) 'n vierde bygevoeg het (Davies, 2011:12-21; De Witt, 2009:250-251; Louw & Louw, 2014:220-221; Papalia *et al.*, 2009:316-317). Die ouerskapstyle word opsommenderwys in Tabel 3.2 weergegee.

Tabel 3.2: Ouerskapstyle

Outoritêre ouerskapstyl	Hierdie styl is hoog in beheer en verwagtings, maar laag in koestering en kommunikasie vanaf die volwassene. Die ouers heg waarde aan beheer en onvoorwaardelike gehoorsaamheid. Gevolge van hierdie styl is oor die algemeen negatief. Die kind is
-------------------------	---

	<p>ongelukkig en angstig, toon hoë vlakke van woede en uittartingsgedrag, is geneig om afhanklik te wees en word deur uitdagende take oorweldig. Dit blyk vir die navorser dat die kind min beheer het ten opsigte van sy eetgewoontes en voorkeure (verwys na par. 2.4.3.3).</p>
<p>Permissiewe ouerskapstyl</p>	<p>Die ouer is hoog aan koestering, maar laag in verwagtinge, beheer en kommunikasie met die kind. Ouers is gewoonlik warm en toon aanvaarding, maar in plaas van betrokkenheid, is hulle geneig om oortoegeefflik en onoplettend te wees. Hul toon min beheer oor die kind se gedrag. Gevolge hiervan is dat die kind impulsief, ongehoorsaam en opstandig voorkom. Die kind is oormatig veeleisend en afhanklik van volwassenes en toon minder volharding in take. Op grond van die bogenoemde kan afgelei word dat die ouer en kind dit moeilik sal vind om by 'n streng eetpatroon en eetgewoontes aan te pas en vinniger moed sal verloor. Ondersteuning en leiding is dus van groot belang.</p>
<p>Onbetrokke/nalatige ouerskapstyl</p>	<p>Die onbetrokke ouer is laag in al vier die dimensies, dikwels as gevolg van eie oorweldigende probleme of omdat ander aktiwiteite meer aantreklik gevind word. Hul het min tyd vir die kind en die eise wat daarmee gepaard gaan. In die uiterste vorm word die kind mishandel of verwaarloos. Uit die voorafgaande wil dit dus blyk dat hierdie tipe ouer leiding moet ontvang en in die uiterste gevalle moet die kind verwyder word.</p>
<p>Gesaghebbende ouerskapstyl</p>	<p>Hierdie ouerskapstyl is hoog in al vier dimensies. Die ouer toon vertroue in sy vermoë om die kind te lei, maar respekteer ook die kind se onafhanklike besluitneming, belangstellings, opinies en persoonlikhede. Die ouer is liefdevol en toon aanvaarding, maar verwag goeie gedrag en is streng in die handhawing van standaarde. Straf word</p>

	<p>beperk en oordeelkundig aangewend. Hierdie styl het positiewe gevolge vir die kind, naamlik positiewe gesindheid, selfbeheer, taakvolharding, samewerking, sosiale en morele volwassenheid en gunstige skoolprestasies. Dit is vir die navorser duidelik dat alle ouers leiding en ondersteuning moet ontvang om hierdie gesaghebbende ouerskapstyl in die gesin uit te leef. Die kind sal ook binne die gesin die nodige leiding en ondersteuning ontvang om sy gewigsprobleem aan te spreek en sukses te ervaar.</p>
--	---

Ouerskapstyl van die ouer

Ouerskapstyl kan 'n invloed op die kind se gewigsbeheer uitoefen. Dit is veral die onbetrokke/nalatige ouerskapstyl wat die kind kan skaad. Hierdie aspek moet tydens behandeling in berekening gehou word. Die ouer het dus leiding en ondersteuning nodig om die gesaghebbende ouerskapstyl na te streef.

Vervolgens gaan 'n aantal traumatiese gebeure wat 'n groot impak op 'n kind se lewe kan hê en sy gewig kan beïnvloed, bespreek word.

3.7 Trauma in die kind se lewe

Daar is verskeie traumatiese gebeure wat in die lewe van die kind kan voorkom en dit beïnvloed bykans al die ekosisteme van die kind. 'n Traumatiese gebeurtenis word deur Shaw (2010:14) beskryf as: "An event is traumatic if it is extremely upsetting and at least temporarily overwhelms the individual's internal resources." Mashipata (2015:224) stel dit dat trauma werklike besering of dood, of slegs die bedreiging van besering of dood kan behels. Verder kan die gebeure so traumaties wees dat dit die persoon se hanteringsmeganismes oorweldig en dit die inherente gevoel van veiligheid en vertrouwe skend (Mashipata, 2015:224). Vir hierdie studie word die definisie van trauma beskou as die invloed van chroniese stres op die kind wat deur werklike of slegs die siening van 'n situasie, gebeure of persoon veroorsaak word en wat die gevoel van veiligheid en vertrouwe skend.

Daar is reeds melding gemaak van verskeie traumatiese gebeure in die kind se lewe, onder andere die gemoedstoestand van die moeder in die prenatale fase en die gehegtheid tussen die ouer en kind, asook die ouerskapstyl (verwys na parr.

3.3.1.1, 3.5 en 3.6). Trauma kan ook in die skoolomgewing ervaar word ten opsigte van stigmatisering, diskriminasie en viktimisering (verwys na par. 2.4.4.3). Die navorser is dus van mening dat trauma van kind tot kind kan verskil en dat alle traumatiese gebeure nie gelys kan word nie, aangesien kinders nie noodwendig dieselfde gebeure as traumaties ervaar nie.

'n Traumatiese gebeurtenis bring mee dat 'n chemiese verandering in die liggaam plaasvind. Die nadelige invloed van chroniese stres (wat deur die trauma veroorsaak kan word) en die vrystelling van hormone, soos kortisool, is reeds bespreek (verwys na par. 2.4.2.3 en 2.4.2.6). Fuemmeler, Dedert, McClernon en Beckham (2009:333), Alvarez, Pavao, Baumrind en Kimerling (2007:30-32), asook Gunstad, Paul, Spitznagel, Cohen, Williams, Kohn en Gordon (2006:35-36) bevestig dat trauma die kind se gewig nadelig kan beïnvloed.

Benewens die vorme van trauma wat alreeds in die studie bespreek is, is twee verdere vorme van trauma wat relatief algemeen voorkom, mishandeling van die kind en egskeiding. Vervolgens gaan hierdie vorme van trauma bespreek word.

- **Mishandeling**

Enige vorm van mishandeling word as erge trauma beskou. Daar is verskeie definisies en wyses waarop 'n kind mishandel kan word, naamlik emosionele mishandeling, blootstelling aan geweld, verwaarlosing, fisieke mishandeling, seksuele mishandeling (Benoit, Coolbear & Crawford, 2008:2-3). Beniot *et al.* (2008:5) is verder van mening dat langtermynmishandeling 'n meer ingrypende effek as 'n eenmalige traumatiese gebeurtenis het. Die mishandeling geskied dikwels deur die persoon wat die kind moet versorg en liefde gee; dus binne die mikrosisteem. Dit vererger die kind se gevoel van verlies aan veiligheid en die voorspelbaarheid van sy wêreld. Crenshaw (2014:21-23) beskryf hierdie tipe mishandeling as gehegtheidstrauma, met ander woorde wanneer 'n kind interpersoonlike trauma ervaar. Hierdie gehegtheidstrauma kan ook voorkom as 'n kind in ondraaglike, emosionele pyn alleen gelos word. Bacon (2008:183) noem dat baie persone se vetsug vir hul 'n soort 'beskerming' teen mishandeling bied waaronder hul kan wegkruip of op die agtergrond geskuif word. Dit help verder om nie opgemerk te word nie, om nie as seksuele objek gesien te word nie, en om nie met ander te

kompeteer nie. Gabriel en Ronald Riba (2014:105-106) bevestig dat kinders vetsug as 'n skild kan gebruik, veral as hulle geboelie word (verwys na par. 2.4.4.3.1).

- **Egskeiding**

Kinders ervaar baie spanning tydens 'n egskeiding in die gesin. Papalia *et al.* (2009:391) is van mening dat daar eerstens spanning is as gevolg van die huwelikskonflik, en tweedens die spanning as gevolg van die skeiding van die ouers as een van die ouers die huis verlaat. Jonger kinders kom meer angstig voor, het onrealistiese sienings oor die oorsaak van die egskeiding en is meer geneig om hulself vir die egskeiding te blameer. Jonger kinders kan egter vinniger aanpas by die nuwe omstandighede as ouer kinders wat die omstandighede beter kan verstaan (Papalia *et al.*, 2009:391). Davies (2011:92) is verder van mening dat as gevolg van 'n egskeiding kan die ouer in armoede gedompel word wat die aankoop van gesonde voedsel beperk.

Trauma in die kind se lewe

Op grond van bogenoemde is dit duidelik dat daar verskeie traumatiese gebeure is wat 'n invloed op 'n kind se gewig kan hê en wat dikwels misken of ontken word. Trauma moet deur die terapeutiese assessering ondersoek en verken word om die kind vir optimale funksionering en geestelike gesondheid te begelei en te ondersteun. Die maatskaplike werker moet dienoreenkomstig in die beste belang van die kind optree.

3.8 Die rol van die maatskaplike werker

Daar kan tereg gevra word wat die rol van die maatskaplike werker in die hantering van die behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef dan is. Die maatskaplike werker kan, volgens die navorser, 'n besondere rol speel, aangesien die maatskaplike werker 'n diens direk binne die ekosisteem, hetsy die gemeenskap, skool of gesin lewer. Eliadis (2006:86) en Lawrence (2010:309) benadruk die rol van die maatskaplike werker en stel dit dat die maatskaplike werker se verantwoordelikheid toeneem soos wat kindervetsug in die algemeen toeneem. Hieruit kan afgelei word dat die probleme en/of behoeftes van die kind dus toeneem. Die maatskaplike werker moet toesien dat die probleme en/of behoeftes van die kind geïdentifiseer en hanteer word en sodoende word daar in die beste belang van die kind opgetree. Die maatskaplike

werker het dus die verantwoordelikheid om toe te sien dat die ouers en die kind oor die nodige vaardighede beskik om probleme en/of behoeftes te hanteer of te vervul, sodat die kind suksesvolle kinderjare beleef en sy volle, unieke potensiaal kan bereik. Dit geld dan ook ten opsigte van die hantering van die emosionele las en ander negatiewe gevolge wat voortspruit uit die feit dat die kind met oorgewig of vetsug leef.

Lawrence (2010:309) noem verder dat die maatskaplike werker nie net die kind wat stigmatisering ervaar, moet ondersteun nie, maar dit ook ten doel stel om die stigmatisering te verminder. Verder moet daar binne die ekosisteem, wat die familie, onderwysers, maats, media en die gemeenskap insluit, aan hierdie probleem aandag geskenk word deur al die sisteme by die intervensie te betrek (Eliadis, 2006:86-87). Indien die maatskaplike werker bewus is van hierdie simptome, naamlik oorgewig of vetsug, kan voorkomende en ondersteuningsprogramme in gemeenskappe van stapel gestuur word om hierdie probleem te hanteer. Lawrence (2010:314-315) is verder van mening dat:

“... the research and treatment of obesity and its consequences has been approached from an interdisciplinary manner, social work has not played a large role in addressing this issue. There is an enormous opportunity for social workers to join the fight to reduce stigma from a systemic approach. By targeting overweight children and their peers, perhaps in a psychoeducational group setting, social workers can be instrumental in reducing childhood obesity as well as moderating the negative impact of peer pressure on children.”

Die rol van die maatskaplike werker

Die maatskaplike werker het 'n enorme rol te speel in die identifisering en hantering van die kind se behoeftes en probleme wat met oorgewig en vetsug gepaard gaan. 'n Voorbeeld is die bekamping en uitwissing van diskriminasie en stigmatisering teenoor die kind wat met oorgewig of vetsug leef. Maatskaplike werk se kernbedryf is om die mens binne sy ekosisteme deur die nodige ondersteuning en leiding op te hef, sodat die mens 'n optimale, sinvolle lewe kan lei en sukses kan behaal. Die navorser wil die belangrikheid van die identifisering en hantering van die kind se probleme en/of behoeftes beklemtoon, aangesien daar reeds aangetoon is watter afbrekende invloed oorgewig of vetsug op 'n kind se lewe en toekoms het en wat voorkom dat die kind optimaal binne sy ekosisteme kan funksioneer. Die maatskaplike werker moet dus in die beste belang van die kind optree en hierdie fenomeen hanteer.

Verder word daar binne sekere kringe geargumenteer dat oormatige vetsug by kinders as mediese verwaarlosing bestempel moet word, wat spesifieke behoeftes en/of probleme by die kind kan laat ontwikkel wat nie deur die ouers vervul word nie. Hierdie behoeftes en/of probleme wat die kind ervaar, byvoorbeeld verwaarlosing, kan die ingryping van 'n maatskaplike werker vereis (UNE Online, 2016). Verwaarlosing word deur Beckett (2004:73) en Varness, Allen, Carrel en Fost (2009:400) gedefinieer as die volgehoue onvermoë om aan die basiese fisieke en/of psigiese behoeftes van die kind te voldoen wat tot erge aantasting van die kind se gesondheid en ontwikkeling kan lei. Dit kan 'n ouer of versorger insluit wat versuim om voldoende voedsel, behuising en klere te voorsien, die versuim om die kind teen fisieke skade of gevaar te beskerm, of die versuim om toegang tot geskikte mediese sorg of behandeling te voorsien. Dit kan ook die verwaarlosing van, of die miskenning van basiese emosionele behoeftes van die kind insluit. Beckett (2004:79) is van mening dat bogenoemde definisie die volgende kan insluit:

- *Failure to feed a child adequately. For example: some children are not provided with regular meals, or are left to fend for themselves, or are fed on a diet of crisps and sweets.*
- *Failure to provide boundaries or consistency.*
- *Failure to attend to medical needs.*
- *Failure to meet or recognize a child's emotional needs.*

Indien bogenoemde waar is, lei die navorser af dat die maatskaplike werker 'n groot taak het om ouers in te lig dat hulle hulself moontlik aan verwaarlosing skuldig maak en moet die nodige leiding verskaf en moontlik verder geregtelike stappe, indien nodig, neem. Net die teenwoordigheid van vetsug is egter nie genoegsame rede vir ernstige, dreigende skade by die kind nie. Daar bestaan 'n spektrum van risikofaktore wat geassosieer word met mediese verwaarlosing en kindervetsug. Varness *et al.* (2009:400-401) bied in Tabel 3.3 kategorieë wat 'n aanduiding kan wees of mediese verwaarlosing oorweeg moet word. Kategorie 1 in hierdie verband vereis doelgerigte optrede en behandeling vir die voorkoming van mediese toestande wat geassosieer kan word met oorgewig of vetsug, terwyl

Kategorie 4 op ernstige mediese verwaarlosing dui wat geregtelike stappe van die maatskaplike werker kan vereis.

Tabel 3.3: Die kindervetsugkategorieë vir mediese verwaarlosing

(Varness *et al.*, 2009:401)

Kategorie	Beskrywing
1	Vetsugtige kinders met geen mediese toestand.
2	Vetsugtige kinders met mediese toestande wat ernstige skade voorspel, maar wat in volwassenheid omkeerbaar is.
3	Vetsugtige kinders met mediese toestande wat ernstige skade voorspel, wat nie in volwassenheid omkeerbaar is nie.
4	Vetsugtige kinders met mediese toestande wat ernstige, dreigende skade tot gevolg het in die kinderjare (bv. gevorderde lewerfibrose).

Eliadis (2006:86-88) en Varness *et al.* (2009:405) is van mening dat die ouers van die vetsugtige kind by verskeie strategieë betrek moet word om die vetsug van die kind te hanteer, hetsy mediese intervensies, soos hospitalisasie in ernstige gevalle of 'n leefstyl wat verandering in die ekosisteem moet meebring, insluit. Indien die ouers nie hulle samewerking in hierdie verband gee nie, moet verdere stappe geneem word. Varness *et al.* (2009:405) noem verder:

“It is unfortunate that state intervention requires the language of neglect, which suggests moral judgment. As in many other instances that require state intervention to protect children, the purpose is not to make moral judgements about parents or to punish them but to protect children from serious harm. We think that the overwhelming majority of parents in these situations care deeply about their children and mean well. It is possible that public discussion of the prospect of medical neglect in cases of childhood obesity could prompt families to take their child’s obesity more seriously”

Die omvang van die vetsug en die ouers se gewilligheid om die toestand te hanteer, is bepalend vir geregtelike optrede. Alle kinders wat oorgewig is, kan dus nie in die kategorie van verwaarlosing geplaas word nie. Die maatskaplike werker het egter die verantwoordelikheid om probleme en/of behoeftes by gesinne te identifiseer en deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram toe te rus en die nodige leiding te bied sodat die kind se gewigsprobleem hanteer kan word. Sodoende kan geregtelike stappe vermy word. Die navorser is van mening dat voorkomende en bewusmakingsprogramme wat die erns van die behoeftes en/of probleme van oorgewig of vetsug op die kind in ag neem, van kardinale belang is, aangesien ouers dan in staat is om voorkomend in die beste belang van hul kind op te tree [Children's Act, 38 of 2005 (s 7)].

3.9 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die behoeftes en/of probleme van oorgewig of vetsug op die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare vanuit Bronfenbrenner se Ekosistemiese teorie weergegee. Die kind is in terme van sy fisieke, kognitiewe, perseptuele, motoriese, en emosionele ontwikkeling beskryf en die behoeftes en/of probleme van oorgewig of vetsug op al hierdie aspekte van ontwikkeling is uitgelig. Dit is van besondere belang dat daar uitgewys is dat oorgewig of vetsug die kind se totale ontwikkeling negatief kan strem en tot seker behoeftes en/of probleme by die kind kan lei. Die kognitiewe ontwikkeling van die kind is volgens Piaget se kognitiewe ontwikkelingsteorie weergegee, wat verskeie behoeftes en/of probleme by die kind in die verskillende fases uitlig. Die perseptuele en motoriese ontwikkeling word as 'n belangrike aspek beskou, aangesien dit 'n invloed op die kind se fisieke aktiwiteite kan hê. Fisieke aktiwiteite moet ook deur die ouers en die skoolomgewing bevorder word. Die emosionele ontwikkeling van die kind is volgens Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie weergegee en die verskeie behoeftes en/of probleme van elke fase is bespreek. Die emosionele ontwikkeling van die kind is in terme van die ontwikkeling van die selfpersepsie, selfkonsep, selfbeeld en die belewing van die 'self' weergegee. Die temperament van die kind, die gehegtheid van die kind en die ouer, asook die ouerskapstyl is in terme van die fenomeen bespreek.

Die behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig en vetsug leef, is dus deur hierdie hoofstuk ontgin. Die behoeftes van die kind word deur Maslow se hiërargie van behoeftes uitgestip en die ontwikkeling van die kind dui ook op verskeie probleme en/of behoeftes van die kind wat met oorgewig en vetsug leef. Die navorser het die volgende behoeftes en/of probleme vanuit hierdie hoofstuk geïdentifiseer en word soos volg weergegee:

Die kind wat met oorgewig of vetsug leef, het 'n behoefte aan voldoende, gebalanseerde voeding; 'n behoefte aan fisieke aktiwiteite; 'n behoefte aan geborgenheid, wat gehegtheid aan die ouer insluit; 'n behoefte aan 'n goeie selfbeeld of selfagting; 'n behoefte aan aanvaarding, ook van sy temperament; en 'n behoefte aan beheer en verantwoordelikheid, wat minderwaardigheid voorkom. Die rol van die maatskaplike werker is ook bespreek wat moet toetree indien daar nie in die behoeftes en/of probleme van die kind voldoen word nie, in belang van die kind.

Vanuit hierdie hoofstuk word die belangrikheid vir 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die hantering van oorgewig of vetsug beklemtoon en die nodige aspekte vir so 'n program is uitgelig.

Vervolgens sal die empiriese gegewens van die studie in die volgende hoofstuk weergegee word.

4. HOOFSTUK 4: EMPIRIESE NAVORSING TEN OPSIGTE VAN DIE KIND WAT IN DIE MIDDELKINDERJARE MET OORGEWIG OF VETSUG LEEF

4.1 Inleiding

Die voorkoms van oorgewig of vetsug, veral onder kinders, is kommerwekkend soos die statistieke in Hoofstuk 1 (par. 1.1) aantoon. Die terme *oorgewig of vetsug* word gedefinieer as 'n staat van abnormale of oordadige vetakkumulering in die vetweefsel, tot so 'n mate dat die gesondheid van die individu daardeur beïnvloed word (WGO, 2016). In 'n studie deur die Departement van Gesondheid (2003:58-60) is bevind dat 17% van Suid-Afrikaanse kinders tussen die ouderdomme van een en agt jaar oorgewig of vetsugtig is. Dit blyk verder dat daar 'n toename in oorgewig of vetsug voorkom as die kind adolessensie betree (Reddy, Resnicow, James, Funai, Kambaran, Omaidien, Masuka, Sewpaul, Vaughn & Mbewu, 2012:264). Hierdie toestand word ook dikwels vanaf die kinderjare na volwassenheid oorgedra (WGO, 2016). Oorgewig of vetsug hou nie alleen 'n gesondheidsrisiko, byvoorbeeld hipertensie, insulienweerstandigheid, hartsiektes, diabetes, slaapapnee en kanker vir die kind in nie (Horwath, 2007:30-31; Maloney, 2010:355; Van der Merwe, 2008:25-26), maar alle aspekte betreffende die kind se fisiese, emosionele en psigososiale funksionering word ook deur die toestand beïnvloed. Laasgenoemde is byvoorbeeld, liggaamstevredenheid, liggaamsbeeld, selfbeeld en 'n gevoel van minderwaardigheid (Carr & Friedman, 2005:244-259; Cornette, 2008:136) (verwys na parr. 3.3.3; 3.3.5 en 3.3.6).

In Hoofstuk 2 is die moontlike oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug beskryf. Die oorsaaklikheidsfaktore word in hierdie hoofstuk as die oorsaak-gevolg-effek van die dinamiese spiraal aangedui. Aspekte soos 'n genetiese geneigdheid tot oorgewig of vetsug, die biologiese dimensie, omgewings- en psigososiale omstandighede, asook die emosionele en gedragsdeterminante van die kind word dus beskryf as faktore vir die ontwikkeling van oorgewig of vetsug (Goran & Sothorn, 2005:68; Ludwig, 2007b:9-19; Sue *et al.*, 2014:252-254). In Hoofstuk 3 word die invloed van oorgewig of vetsug op die kind in die middelkinderjare se algehele fisieke (Newman & Newman, 2012:291; Papalia *et al.*, 2009:338), kognitiewe (De Witt, 2009:13-20; Louw & Louw, 2014:243), perseptuele (Sabau *et al.*, 2013:632-633), motoriese (Cairney *et al.*, 2005:515; Du

Toit & Pienaar, 2003:37-48), asook emosionele (Jonides *et al.*, 2002:215) ontwikkeling bespreek, waar middelkinderjare gedefinieer kan word as die tydperk tussen die sesde en twaalfde lewensjaar van die kind.

In hierdie hoofstuk word die data van die empiriese ondersoek wat op die voorafgaande hoofstukke gegrond is, gerapporteer. Die data word ontleed en interpreteer aan die hand van die literatuur en die nodige afleidings en gevolgtrekkings vloei daaruit.

4.2 Probleemstelling

Die negatiewe fisiese, emosionele en psigososiale invloed van oorgewig of vetsug het dikwels 'n groot impak op die kind se algehele funksionering, soos in die voorafgaande hoofstukke aangetoon is. Opsommend kan dit gestel word dat die negatiewe funksionering van die kind 'n lae selfwaarde en liggaamsbeeld, depressie, diskriminasie, angs, gedragsprobleme, en negatiewe sosiale funksionering kan insluit (Carr & Friedman, 2005:244-259; Cornette, 2008:136; Friedlander *et al.*, 2003:1206-1211). Oorgewig of vetsug lei dikwels tot 'n gevoel van minderwaardigheid en tot stigmatisering en viktimisering deur ander persone wat in der waarheid diskriminerende gedrag is (Gray *et al.*, 2009:720). Hierdie gedragsprobleme word dikwels deur ouers en onderwysers gerapporteer (Cornette, 2008:140). Dit is uit die literatuur duidelik dat kinders slagoffers geword het van die negatiewe gevolge van oorgewig of vetsug wat 'n invloed op hul funksionering op daardie tydstip, asook hul latere funksionering as adolessente en volwassenes kan hê.

Die mens funksioneer egter nie in isolasie met homself nie, maar binne verskeie sisteme. Weens hierdie rede gebruik maatskaplike werkers in baie gevalle die ekosistemiese teorie waar die uitgangspunt is dat die mens binne sisteme funksioneer en afhanklik is van dele van die sisteem (Daniel *et al.*, 2010:38-39; Meier, 2016:10-12; Zastrow & Kirst-Ashman, 2013:32-34). Dit is dus die taak van die maatskaplike werker om die oorgewig of vetsugtige kind op 'n praktiese, sinvolle wyse by te staan ten einde oplossings te vind indien daar konflik binne die verskillende sisteme ontstaan wat die kind negatief raak. Volgens die Children's Act 38 of 2005 as amended (s7), moet die beste belang van die kind altyd

voorgestel word. Indien die kind se gesondheid en algemene fisiese, emosionele en psigososiale funksionering negatief deur die oorgewig of vetsug geraak word, dit nie in die beste belang van die kind is nie. Dit is dus die taak van die maatskaplike werker as toepasser van die Children's Act 38 of 2005 as amended, om aandag aan kinders te gee wat oorgewig of vetsugtig is en aan die ouers die nodige ondersteuning en leiding in hierdie verband te bied. 'n Holistiese benadering tot oorgewig of vetsug word benadruk wat die insluiting van 'n maatskaplike werker, 'n mediese dokter, die skoolhoof/onderwyser, 'n dieetkundige, 'n voedseladviseur, 'n bio- en/of kinderkinetikus en 'n sielkundige behels. Op sodanige wyse word 'n breër perspektief op die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, verkry. Gevolglik kan daar dan deur 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes van die kind voldoen word.

Benewens bogenoemde aspekte is Cornette (2008:136-137) verder van mening dat die literatuur meestal net op die fisiese gevolge van oorgewig by kinders fokus, en die niefisiese gevolge van oorgewig of vetsug (depressie, sosiale isolering, diskriminasie, swak selfbeeld, selfveragting en akademiese prestasies) word minder in ag geneem. Die ideaal is om 'n holistiese benadering tot oorgewig of vetsug te volg en te ontwikkel wat fisiese, emosionele en psigososiale aspekte insluit. Hierdie navorsing fokus op kinders in hulle middelkinderjare in Suid-Afrika wat moontlik onder die negatiewe implikasies van oorgewig of vetsug ly. 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram word dus in hierdie navorsing ontwikkel om in die kind in die middelkinderjare se fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme met betrekking tot oorgewig of vetsug te voorsien of te help hanteer.

4.3 Literatuurstudie

'n In-diepte literatuurstudie is vanuit nasionale en internasionale bronne gedoen om die verskynsels oorgewig of vetsug te bestudeer. Die literatuurstudie (Fouché & Delport, 2011:73) het die voorkoms (kyk par. 1.1), oorsaaklike faktore van oorgewig of vetsug (kyk Hoofstuk 2) en die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare met betrekking tot oorgewig of vetsug (kyk Hoofstuk 3) uitgewys.

Die rol van die maatskaplike werker by hierdie probleem is ook uitgelig (kyk par. 3.8). Die kompleksiteit van hierdie verskynsel en die omvangryke negatiewe invloed wat dit op die ontwikkeling van die kind kan hê, het vanuit die literatuurstudie na vore getree. Op grond van hierdie ontleding is daar aspekte vir 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geïdentifiseer.

4.4 Navorsingsvrae

Soos hierbo en ook in die vorige hoofstukke uitgelig, is die betrokkenheid van die maatskaplike werker in die hantering van oorgewig of vetsug by kinders nie altyd in berekening gebring wanneer dienste aan kinders wat met oorgewig of vetsug leef, gelewer is nie. Die fokus van die empiriese navorsing was dus op die ondersoek na wat die temas in 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram behoort te wees, gerig en om al die relevante rolspelers in te sluit. Ten einde in hierdie doel te slaag, is die volgende navorsingsvrae geformuleer, waarvan die empiriese komponente van die vrae in hierdie hoofstuk gerapporteer word:

- Watter oorsaaklikheidsfaktore kan bydra tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare?
- Wat is die behoeftes en/of probleme van die kind wat 'n rol kan speel in oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare?
- Wat is die inhoud van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram om aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef, te voldoen?

4.5 Doelstelling van navorsing

Ten einde in die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, te voldoen, moet 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgestel word.

4.6 Navorsingsdoelwitte

Die navorsingsdoelwitte word soos volg geformuleer:

- om 'n kritiese ontleding te doen van die oorsaaklikheidsfaktore wat bydrae tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare;

- om te bepaal wat is die behoeftes en/of probleme van die kind in die middelkinderjare wat leef met oorgewig of vetsug; en
- om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram saam te stel wat in die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, sal voldoen.

Die empiriese ondersoek bied die stawende bewyse vir of teen die literatuurondersoek en word vervolgens gerapporteer.

4.7 Sentrale teoretiese stelling

Aangesien hierdie navorsing kwalitatief van aard is, word 'n sentrale teoretiese stelling geformuleer:

Indien die kundigheid van kenners op die terrein van oorgewig of vetsug, en die ervaring van betekenisvolle persone in die lewe van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ingesamel word, kan 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgestel word ter ondersteuning van die kind om die invloed van die toestand te hanteer en om moontlike optimale funksionering van die kind te bevorder.

4.8 Empiriese navorsingsmetodologie

In hierdie empiriese studie is van **kwalitatiewe navorsing** gebruik gemaak om die data in te samel en te ontleed. Kwalitatiewe navorsing word gebruik as die onderwerp wat verken word se veranderlikes en die teoretiese basis onbekend is (Creswell, 2009:98). Kwalitatiewe navorsing hou verband met 'n ondersoek na subjektiewe betekenis van mense en groepe wat deel vorm van die verskynsel, oorgewig of vetsug, wat ondersoek word (Grinnell, 1997:107), en die bestudering van mense in hul natuurlike omgewing soos wat hul gedrag in hul daaglikse bestaan voorkom (Babbie & Mouton, 2012:2170). Die primêre voordeel van kwalitatiewe navorsing is dat dit die potensiaal bied sodat die onderwerp in-diepte bestudeer kan word (Cleary, Horsfall & Hayter, 2014:473). Cleary *et al.* (2014:474) verwys ook na kwalitatiewe navorsing as 'n proses om 'n 'produk' te genereer. In hierdie navorsing is die data gebruik vir die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Intervensienavorsing is hiervoor aangewend en Gilgun en Sands (2012:351) voer aan dat kwalitatiewe navorsing 'n groot

rol in intervensienavorsing speel. Weens die sensitiewe aard van die ondersoekfenomeen dat kinders in die middelkinderjare met oorgewig of vetsug leef, maak die kwalitatiewe ondersoek die mees geskikte metode om te verstaan wat die probleem ten grondslag lê en hoe dit benader en hanteer te behoort word.

4.8.1 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp wat aangewend is, is die **fenomenologiese en verkennende ontwerp**. Die beperkte inligting oor die onderwerp, naamlik die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug in sy middelkinderjare leef en waar 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram saamgestel is, vereis 'n verkennende ontwerp. Die doel van die verkennende ontwerp is dat 'n diepgaande begrip van die fenomeen, situasie, gemeenskap (gesin) en die kind wat met oorgewig of vetsug leef, verkry word (Bless *et al.*, 2006:47).

Deur die fenomenologiese ontwerp - waar fenomenologie verwys na 'n persoon se siening oor die onderwerp en die essensie van die menslik-geleefde ervaring en beleving van 'n fenomeen (Creswell, 2009:23; Leedy & Ormond, 2005:139), is die navorser die geleentheid gebied om die werklike sienings, ervarings en praktyke van ouers en kundiges vas te stel. Vanuit hierdie ingesamelde data, is 'n praktiese, doelgerigte holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir kinders wat met oorgewig of vetsug leef, daargestel. Deur 'n begrip te verkry van die fenomeen, is die navorser in staat gestel om nuwe insigte in die verskynsel te ontwikkel wat in die volgende hoofstuk lei tot die opstel van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram.

Die studie is aan die hand van **intervensienavorsing** uitgevoer, ten einde 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel. Intervensienavorsing word aangewend indien nuwe intervensies ontwikkel word (Fraser *et al.*, 2009:4; Fraser & Galinsky, 2010:459; Gilgun & Sands, 2012:349-361). Hierdie navorsing bied daarom 'n geleentheid om binne die fases 'n nuwe intervensie te skep, naamlik die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die onderskeie intervensiefases en die stappe binne die fases word in die volgende navorsingsproses uiteengesit.

4.8.2 Navorsingsproses

Die navorsingsproses verloop, soos gemeld, volgens die fases van intervensie-navorsing (De Vos & Strydom, 2011b:476). Vir 'n uiteensetting van die fases van die intervensienavorsingsproses kan Figuur 1.1 bestudeer word.

4.8.2.1 Fase 1: Probleemontleding en Projekbeplanning

In hierdie fase word die volgende stappe uitgevoer, naamlik identifisering van die populasie, die verkryging van toegang tot en samewerking van die populasie, die identifisering van die besorgdheid van die populasie, 'n ontleding van die besorgdheid en die geïdentifiseerde probleme, en die formulering van die navorsingsvrae, -doelstellings en –doelwitte (De Vos & Strydom, 2011b:477; Fawcett *et al.*, 1994:27-31; Fraser *et al.*, 2009:29-30; Fraser & Galinsky, 2010:462-463). Die stappe in hierdie navorsing is soos volg hanteer:

Stap 1: Identifisering van die populasie vir deelname aan navorsing

Tydens hierdie stap word die betrokke populasie, wat die naaste aan die kind beweeg of kennis van die fenomeen of kinderontwikkeling dra, geïdentifiseer met die oog op samewerking tot die navorsing (De Vos & Strydom, 2011b:477-478). Die navorsing moet ook van belang vir hierdie groep wees, want sodoende kan die doelstelling van die navorsing getoets word. Daar is op twee populasiegroepe gefokus: eerstens, die ouers van kinders in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef en tweedens, kundiges (wat verskeie professies insluit, wat later duideliker sal blyk) op die gebied van oorgewig of vetsug of op kinderontwikkeling en die funksionering van die kind binne die alledaagse konteks. Kinders uit die aard van hulle ontwikkeling, word as 'n kwesbare groep beskou (veral ook met betrekking tot oorgewig of vetsug) en daarom word die groep nie direk in die navorsing betrek nie (Greeff, 2016). Beide bogenoemde populasiegroepe beskik egter oor die nodige ervaring en sienings van die kind se moontlike belewing, asook oor die verskynsel van oorgewig of vetsug, of kinderontwikkeling en daarom is hulle by die navorsing betrek.

Stap 2: Verkryging van toegang tot en samewerking van die populasiegroepe

In hierdie stap is daar gesprek met die aanvanklike sleutel-informante uit die twee populasiegroepe gevoer. Die sleutel-informante het die navorser gehelp om te verstaan wat die navorsing kan bied en die voordele vir die moontlike deelnemers uitgelig (De Vos & Strydom, 2011b:478). Die aanvanklike sleutel-informante het 'n dieetkundige, 'n voedseladviseur, 'n kinderkinetikus en 'n biokinetikus en twee ouers ingesluit. Bekommernisse aangaande die fenomeen is deur die aanvanklike sleutel-informante uitgespreek, maar hulle het wel die voortsetting van die navorsing aangemoedig. Die volgende aanhalings deur die dieetkundige en kinderkinetikus en 'n biokinetikus verwys na die noodsaak van die betrokkenheid van die maatskaplike werker by die hantering van die fenomeen:

Biokinetikus: “Ek wil vir jou een ding sê, julle rol as maatskaplike werkers wat die emosionele komponent hanteer is enorm belangrik ... jy kan hom miskien fisies herstel maar hy loop vir die res van sy lewe met daai (*sic*) emosionele letsel van ek is vet, ek is oorgewig Wat van daardie arm kind wat uit 'n benadeelde omgewing kom, wat gespot word by die skool, wat geboelie word? Maar as die maatskaplike werker net kan begin om daai (*sic*) emosionele trauma half te hanteer, die emosionele stres, ek weet nie wat hulle dit noem nie ... so julle rol (as maatskaplike werker) is baie belangrik. En ek weet soos met ons beroep ook, is daar 'n geweldige tekort aan maatskaplike werkers. Maar dan kan jy net in jou skole die maatskaplike werkers hê, wat daai (*sic*) kinders kan opvang en net emosioneel die houe weghou van hulle”.

Kinderkinetikus: “Ek dink wat ontbreek is 'n multi-dissiplinêre benadering. As ek nou mooi moet dink wonder ek of is daar regtig programme vir obese kinders is? Daar is, maar is daar regtig wat fokus op dit (vetsug), en wat medies, sielkundig en emosioneel daarna gaan kyk. Ek dink dit ontbreek”.

Dieetkundige: “Ja, ek dink dit is die verwaarloosde beentjie van die span (maatskaplike werk). Almal dink net altyd aan die sielkundige, maar julle het weer ander dinge soos hoe is die huislike omstandighede, wat kan hulle bekostig en sulke tipe goed”.

Die navorser is ook in hierdie fase meegedeel watter instellings en/of beheerrade die navorser moes nader om toestemming vir die navorsing te verkry. Die Departement van Basiese Onderwys is nie om toestemming genader nie, aangesien die kind nie self by die navorsing betrek is nie; slegs die beheerrade van die betrokke skool en die ouers is betrek (M. Buys van FEDSAS – Gauteng).

Stap 3: Identifisering van die besorgdheid uit die populasiegroepe

In Stap 3 word die moontlike besorgdhede van die populasiegroepe geïdentifiseer. Hierdie stap het volgens De Vos en Strydom (2011b:478) ten doel dat die intervensienavorser nie eksterne sienings van die probleem en moontlike oplossings op die navorsingsproses projekteer nie. Die besorgdhede van die sleutel-informante uit die twee populasiegroepe is deur gesprekvoering geïdentifiseer. Die besorgdheid van die sleutel-informante uit die ouers as populasiegroep was die sensitiwiteit van die onderwerp vir die kind en die ouer. Ouers was veral sensitief dat hul kinders nie in die navorsing betrek moet word nie weens die sensitiwiteit aangaande die onderwerp. Hierdie aspek is deur sleutel-informante van die kundige groep bevestig. Vertroulike inligting van die kind mag ook nie bekend gemaak word nie. Van die kundiges as sleutel-informante het aangedui dat hulle besorgd is dat daar min kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug by kinders in hul middelkinderjare is.

Stap 4: Ontleding van besorgdhede

Die toepassing van etiese waardes is voortdurend nagestreef om ouers en kundiges se besorgdhede aan te spreek (verwys na parr. 1.10 en 4.9). Besorgdhede is tydens die verloop van die navorsing in ag geneem. Die kinders wat met oorgewig of vetsug leef, is weens die sensitiewe aard en etiese redes, nie by die navorsing betrek nie. Om die leemte te ondervang is die ouers wat die naaste aan die kind beweeg en kundiges op die gebied van die fenomeen en kinderontwikkeling by die navorsing betrek. Geen ouer of kundige is by die navorsing betrek indien hul ongemak weens hul betrokkenheid tot die navorsing getoon het nie. Om te verseker dat toepaslike kundigheid betrek is, is maatstawwe vir deelname toegepas. Die kundiges se professionele affiliasie, ervaring op die gebied van oorgewig of vetsug of in kinderontwikkeling, en hul alledaagse

belewing van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, is as maatstawwe in ag geneem.

Daar kan na par. 1.9.2.2.1, Stap 4 verwys word vir die volledige ontleding van besorgdhede van die ouers en kundiges.

Stap 5: Formulering van die navorsingsvrae, -doelstellings en –doelwitte

Die navorsingsvrae, -doelstellings en –doelwitte is vir hierdie navorsing geformuleer en weergegee (kyk parr. 4.4; 4.5 en 4.6).

4.8.2.2 Fase 2: Data-Insameling en Sintese

Die stappe in Fase 2 van intervensienavorsing behels die gebruik van bestaande inligtingbronne, die bestudering van natuurlike voorbeelde en die identifisering van funksionele elemente van moontlike intervensies (De Vos & Strydom, 2011b:480-482).

Stap 1: Gebruik van bestaande inligtingsbronne

Hierdie stap sluit die literatuurontleding in (De Vos & Strydom, 2011b:480). Intervensienavorsing is die studie van ontdekking, maar ook die studie van integrasie van verskillende soorte inligting en dissiplines (De Vos & Strydom, 2011b:481). Die uitgebreide literatuurstudie is gedoen om die verskynsel *oorgewig of vetsug* te bestudeer. Die kompleksiteit van hierdie verskynsel en die omvangryke negatiewe invloed wat dit op die ontwikkeling van die kind kan hê, is deur die literatuurstudie uitgelig soos dit in Hoofstukke 2 en 3 vermeld word. Toepaslike velde soos die mediese veld, dieetkunde, biokinetika en sielkunde en onderwys se hantering van die fenomeen is ook ondersoek om deur hierdie ontleding die elemente vir 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel. Verskeie bestaande internasionale programme vir die hantering van oorgewig of vetsug by kinders is gevind. Op nasionale vlak kon geen programme gevind word wat die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes van die kind insluit nie. Beide die nasionale en internasionale programme sluit ook nie die holistiese benadering vanuit die perspektief van 'n maatskaplike werker in nie. Die bestaande programme deur literatuurontleding geïdentifiseer, het egter enkele sterkpunte wat vir die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram gebruik kan word.

Stap 2: Bestudering van natuurlike voorbeelde

Tydens hierdie stap van die navorsing is data vir die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram ingesamel. Uitbreiding van die populasiegroepe is na die inligtingsinsameling by die sleutel-informante in hierdie stap uitgebrei, aangesien die navorser ten doel het om 'n beter begrip van die probleem te verkry. Die doel was om 'n beter begrip aangaande die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug; die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef; en die elemente vir 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te bekom. Verdere toeligting aangaande die uitbreiding van die twee populasiegroepe word in hierdie stap bespreek. Die stap word in twee dele aangebied, naamlik eerstens die insameling van data en bestudering van die probleem en tweedens, die ontleding van die data. Die besorgdhede van die twee populasiegroepe soos in Fase 1 geïdentifiseer is, is in hierdie stap in ag geneem. Etiese aspekte soos weergegee in par. 4.9 is ook tydens hierdie stap toegepas.

- **Bestudering van die natuurlike voorbeeld, ouers van kinders wat met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare leef**

Ouers is by die navorsing betrek, aangesien hulle die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, se besondere ervaringsveld ken en op 'n alledaagse basis ervaar (De Vos & Strydom, 2011b:481). Die insluitingsmaatstawwe vir deelnemende ouers was dat die ouers ten tyde van die navorsing 'n kind in die middelkinderjare stadium (6-12 jaar) moes hê wat met oorgewig of vetsug leef. 'n Doelgerigte steekproefmetode is aangewend om toegang tot die populasie te verkry. Skole, mediese praktyke en kinderkinetika-praktyke in Pretoria is geïdentifiseer waar daar aanvanklik ouers vir die navorsing gewerf is. 'n Doelgerigte steekproeftrekking is in een skool gevolg (Strydom & Delpont, 2011:393) om die ouers se reaksie op die navorsing te toets. Die nodige toestemming van die skoolhoof en beheerliggaam van die betrokke skool is verkry (Addendum 10). Inligtingsbriewe is daarna in verseëlde koeverte by die skool aan alle ouers van Graad R tot graad 7 beskikbaar gestel (Addendum 11). Ouers wat bereid was om vrywillig aan die navorsing deel te neem, het die navorser gekontak deur 'n teksboodskap of telefoonoproep na die navorser te maak en verdere reëlings vir die onderhoud is getref. Dieselfde prosedure is by 'n mediese praktyk

en 'n kinderkinetikus in die Pretoria-gebied gevolg om inligting aangaande die navorsing aan pasiënte beskikbaar te stel. Die nodige toestemming is van die praktisyns verkry (Addendum 12). Die ouers is, soos in die eerste proses, deur die inligtingsbrief (Addendum 11) uitgenooi om aan die navorsing deel te neem. Ouers wat vrywillig aan die navorsing wou deelneem, het die navorser gekontak en verdere reëlings in verband met die onderhoude is telefonies met elke ouer getref, net soos met die ouers van die skole.

Tabel 4.1: Ouers as deelnemers

Ouers	Biografiese inligting
Ouer 1	Dogter 12 jaar
Ouer 2	Seun 12 jaar
Ouer 3	Seun 12 jaar
Ouer 4	Dogter 7 jaar
Ouer 5	Dogter 8 jaar
Ouer 6	Dogter 8 jaar
Ouer 7	Dogter 12 jaar
Ouer 8	Seun 10 jaar
Ouer 9	Dogter 6 jaar
Ouer 10	Dogter 10 jaar

Onderhoude is met die ouers geskeduleer op 'n tyd en plek wat vir hul geleë was. Vrywillige, ingeligte toestemming om aan die navorsing deel te neem, is van die ouers verkry (Addendum 13). Data is deur semi-gestruktureerde onderhoude met 'n onderhoudskedule ingesamel (Shaw & Gould, 2001:143-144) (Addendum 14). Die onderhoudskedule het die breë temas van die onderhoud bevat, maar die navorser kon die antwoorde ondersoek en verder verken om seker te maak die boodskap van die deelnemer word reg verstaan. Etiese aspekte is tydens die proses in ag geneem, naamlik dat die vrywillige deelname van die ouers deurentyd gehandhaaf is; die vermyding van skade is gehandhaaf en aangesien die fenomeen baie sensitief is, is daar gefokus om nie veroordelend teenoor die ouers op te tree nie; privaatheid en vertroulikheid van die persoonlike inligting is met omsigtigheid hanteer (verwys na parr. 1.10 en 4.9). 'n Semi-gestruktureerde onderhoudskedule (Addendum 14) is as riglyn vir die die onderhoud aangewend wat die onderhoud onmiddellik laat vloei het. Die data is baie subjektief deur die ouers aangebied. Die ouers se eie ervarings en behoeftes het egter 'n besondere

bydrae gelewer tot die identifisering van die elemente wat kan lei tot die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die onderhoude met die eerste groep ouer-deelnemers het nie tot dataversadiging gelei nie, aangesien daar nog nuwe temas na vore gekom het. Die aanvanklike ouer-deelnemers het die navorser se aandag gevestig op ander ouers wat in deelname aan die navorsing belang gestel het. Deur middel van die sneeubalsteekproeftrekking is die belangstellende ouers betrek wat aan die insluitingsmaatstawwe beantwoord het om aan te vul by die vorige steekproeftrekking wat nie voldoende deelnemers opgelewer het nie (Emerson, 2015:166; Strydom & Delpont, 2011:393). Op hierdie wyse is die ouer-deelnemers aan die navorsing uitgebrei na die breër gebied in Gauteng. Die ouer-deelnemers het aan die navorser die belangstellende ouers se kontakbesonderhede verskaf. Die navorser het die ouers gekontak en die doel van die navorsing is aan die ouers beskikbaar gestel. Indien die ouers bereid was om aan die navorsing deel te neem, is hulle op dieselfde wyse as in die doelgerigte fase betrek.

Die doel van hierdie navorsing is nie om die voorkoms van oorgewig of vetsug in 'n spesifieke gebied te bestudeer nie, maar om algemene temas of aspekte vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat met oorgewig of vetsug leef, te identifiseer en die motivering daarvoor te ondersoek. Data-insameling het voortgeduur tot 'n stadium van versadiging van inligting bereik is deurdat die temas van die betrokke fenomeen begin herhaal het (Cleary *et al.*, 2014:474; Guest *et al.*, 2006:59-78). Data-versadiging het reeds by die sewende onderhoud plaasgevind, maar daar is voortgegaan aangesien die ouers alreeds by die navorsing betrek is. Dit het meegebring dat tien ouers deel van die navorsing was. Die onderhoud is na afloop van die gesprek getranskribeer en met behulp van 'n onafhanklike navorsingskonsultant volgens die tematiese ontleding verwerk (verwys na Tabel 1.2).

- **Bestudering van die natuurlike voorbeeld, kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug of kinderontwikkeling**

Daar is verder gepoog om kundiges, binne die veld van oorgewig of vetsug van kinders in Suid-Afrika, maar ook van lande soos die VSA en Australië, by die navorsing te betrek aangesien laasgenoemde reeds lank kundiges op die

ondersoekterrein is. Kundiges wat by die navorsing betrek is, is op grond van hul professionele affiliasie en ervaring op die gebied van oorgewig of vetsug of in kinderontwikkeling geïdentifiseer. Die keuse van die professionele persone wat betrek is, was met die doel om kundigheid op die holistiese perspektief van die fenomeen te kry. Die professies in Suid-Afrika wat betrek is, behels die volgende: mediese dokters, dieetkundiges, 'n voedseladviseur, 'n biokinetikus, 'n kinderkinetikus, 'n sielkundige, maatskaplike werkers en onderwysers (verwys na Tabel 1.1 vir die volledige uiteensetting van die verskeie professies en die aard van hul bevoegdhede wat in die navorsing betrek is). Die verskeie professies is betrek om 'n wye siening te bekom rondom die tekortkominge en positiewe elemente van elke profesie se hanteringstrategieë en programme. Die kundiges is ook betrek om die verskeie professies se ervaring van die kind se behoeftes, probleme, gedrag en ervarings aangaande hierdie fenomeen te bekom. Aanvanklik het die navorser kundiges op grond van toepaslike publikasies geïdentifiseer. Dit is opgevolg deur 'n sneeubalbenadering waar kundiges die navorser na ander kundiges verwys het (Emerson, 2015:166; Strydom & Delport, 2011:393). Kundiges het verwysings gedoen op grond van kundiges (in hul eie beroepsveld of ander velde) se hantering van die fenomeen.

Na verskeie pogings kon slegs een kundige van Australië genader word en dié is deur 'n Suid-Afrikaanse kundige-deelnemer geïdentifiseer. Kontak het deur middel van e-posse plaasgevind (Addendum 15). Deur hierdie poging het die mediese dokter van Australië aangetoon dat hy bereid is om aan die navorsing deel te neem. Die nodige inligtings- en toestemmingsbrief is aan die deelnemer via e-pos gestuur en 'n afspraak is geskeduleer.

Tabel 4.2: Kundiges as deelnemers en hul onderskeie professies

Professie	Kundigheid	Rede vir deelname
Mediese dokter – Australië	Bied ondersteuning aan oorgewig of vetsugtige volwassenes en kinders vanuit praktyk. Betrokke by 'n dieetklinik vir 'n aantal jare en het vetsugkursusse en internasionale kongresse van oorgewig of vetsug bygewoon.	Hierdie deelnemer het 'n oorsig van bestaande programme van Australië en die nodige fokuspunt in die internasionale domein uitgewys.

Professie	Kundigheid	Rede vir deelname
Mediese dokter – Suid-Afrika	Die kundige toon ervaring in die mediese veld ten opsigte van oorgewig of vetsug. Sy betrokkenheid by gewigsverlies-chirurgie en sy samewerking met dieetkundiges het gelei tot die skryf van 'n populêre boek.	Die mediese dokter bied inligting aangaande die populêre sienings en ervarings van die oorgewig of vetsugtige kind en ouer.
Mediese dokter – Suid-Afrika	Die mediese dokter onderskryf 'n gewigsverliesprogram vanuit die mediese praktyk.	Die mediese dokter bied nie alleen die algemene siening van die publiek nie, maar skryf ook 'n populêre gewigsprogram voor wat deur baie mense gevolg word. Hierdie dokter bied dus nie net die siening van 'n algemene praktisyn nie, maar onderskryf ook 'n spesifieke gewigsverliessisteem wat positiewe en negatiewe aspekte vir die ondersteuningsprogram uitwys.
Mediese dokter – Suid-Afrika	Algemene praktisyn	Die mediese dokter bied inligting aangaande die algemene publiek se sienings en die hantering van oorgewig- en vetsugkwessies in die mediese praktyk.
Dieetkundige	Werksaam by 'n tersiêre akademiese instelling. 'n Doktorale graad in dieetkunde is verwerf. Verskeie wetenskaplike artikels aangaande voeding is gepubliseer.	Die dieetkundige is op hoogte van nuwe ontwikkeling en programme in die voedingsveld.
Dieetkundige	Betrokke by 'n dieetkundige praktyk. Bied die Smart Eat-program by skole en kleuterskole aan.	Hierdie dieetkundige het nie alleen praktykondervinding nie, maar bied programme by verskeie skole as deel van haar opvoedingstrategie aan. Die positiewe en negatiewe aspekte van 'n bestaande program word dus ook weergegee.
Dieetkundige	Betrokke by 'n dieetkundige praktyk.	Die dieetkundige bied inligting aangaande die algemene publiek se siening en ervarings van oorgewig of

Professie	Kundigheid	Rede vir deelname
		vetsug. Praktykervaring speel hier 'n waardevolle rol.
Voedseladviseur	Privaat praktisyn en bied kursusse vir die algemene publiek aan.	Bied 'n ander siening as die dieetkundige en hang meer voorkomende strategieë aan.
Biokinetikus	Werkzaam aan 'n tersiëre akademiese instelling. Het 'n doktorsgraad in Biokinetika verwerf. Verskeie wetenskaplike artikels aangaande die kind se oorgewig of vetsug in die betrokke veld gepubliseer.	Die kundige bied goeie insig aangaande die oorgewig of vetsugtige kind en die invloed op die kind se fisiese ontwikkeling, asook die rol van die skool.
Kinderkinetikus	Werkzaam in 'n privaat praktyk en by verskeie skole betrokke. Het 'n meestersgraad in Kinderkinetika verwerf.	Die kundige bied goeie insig aangaande die kind se oorgewig of vetsug en fisiese en motoriese aktiwiteite/ agterstande. Bied ook insig aangaande die algemene publiek se siening oor die onderwerp.
Sielkundige	Betrokke in 'n privaat praktyk en een van die spesialisingsvelde is oorgewig of vetsug.	Bied insig aangaande die sielkundige se rol en werkswyse in die hantering van oorgewig of vetsug.
Maatskaplike werker	Betrokke in 'n privaat praktyk.	Volg 'n holistiese benadering tot die hantering van oorgewig of vetsug wat spesifiek uit trauma voortspruit.
Maatskaplike werker	Betrokke in 'n privaat praktyk met spesialisering in kinderterapie. Het 'n meestersgraad in Speltherapie verwerf.	Hierdie kundige bied die algemene siening en ervaring van die maatskaplike werker wat terapie met kinders doen.
Onderwyser	Departementshoof – Seniorfase Het 'n meestersgraad in Onderwys verwerf en het meer as 15 jaar ondervinding.	Bied 'n oorsig oor die 11- tot 13-jarige kind se ontwikkeling. Bied ook insig aangaande die alledaagse gedrag en akademiese prestasies van die oorgewig of vetsugtige kind en die optrede van mede-leerders.
Onderwyser	Departementshoof – Juniorfase Meestersgraad in Onderwys, asook 'n BA-graad in Maatskaplike Werk	Hierdie kundige bied nie alleen insig aangaande die 7-10 jarige kind se ontwikkeling nie, maar bied ook inligting aangaande die psigososiale omstandighede van die kind. Bied ook

Professie	Kundigheid	Rede vir deelname
		praktiese ervaring ten opsigte van die oorgewig of vetsugtige kind se beleving binne die skoolomgewing.

Die navorser het deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude data by die kundiges in Suid-Afrika en Australië, aan die hand van 'n onderhoudskedule ingesamel (Addenda 7a, 7b, 7d) (Shaw & Gould, 2001:143-144). Om die kundiges se hantering van die fenomeen, volgens die onderskeie professionele velde te ontgin, is die laaste vraag van die onderhoudskedule aangepas, wat die onderskeie onderhoudskedules genoodsaak het. Individuele onderhoude is volgens die kundiges se voorkeur ten opsigte van tyd en plek geskeduleer. Vrywillige, ingeligte toestemming is van die kundiges verkry (Addendum 15). Al die kundiges het geen besware teen die ondertekening van die ingeligte toestemmingsbrief gehad nie. Toestemming is ook verkry vir die opname van die onderhoud. Die siening en ervaring aangaande die oorgewig of vetsug probleem en die invloed op die kind se emosionele, fisiese, psigososiale en akademiese vlak is verkry. Van die onderhoude is op 'n een-tot-een basis met die deelnemers gevoer. Sommige deelnemers het telefoniese onderhoude verkies as gevolg van die afstand tussen die kundige en die navorser of weens die kundige se beperkte tyd. Data-insameling met veertien (14) Suid-Afrikaanse kundiges en een (1) internasionale kundige van Australië het voortgeduur totdat dataversadiging bereik is (Cleary *et al.*, 2014:474; Guest *et al.*, 2006:59-78) (verwys Tabel 4.1). Dataversadiging is bereik nadat onderhoude met al die verskeie professies gevoer is en hul onderskeie werksywyses ontgin is. Die herhaling van professies het ook die herhaling van data meegebring, wat data-versadiging aangetoon het. Die onderhoude is getranskribeer en deur 'n onafhanklike navorsingskonsultant en volgens die tematiese data ontleding verwerk (verwys na Tabel 1.2).

- **Data-verwerking en -ontleding van die natuurlike voorbeeld**

Die kwalitatiewe data is deur die navorser getranskribeer. Die getranskribeerde data is weer deur die navorser met die opnames geverifieer om die betroubaarheid, konsekwentheid en geloofwaardigheid van die data te verseker. Die vertroulikheid van data is deurentyd gehandhaaf deur geen persoonlike inligting bekend te maak nie. Die verwerking van die data is by wyse van

selektering en samevoeging van ooreenstemmende data hanteer. Die navorser het van 'n onafhanklike geregistreerde navorsingskonsultant gebruik gemaak om met die ontleding van die temas te help. Die data is aan die hand van Tesch se benadering (Poggenpoel, 1998:343-344; Schurink *et al.*, 2011:405-409) en Braun en Clark (2006:86-93) se tematiese ontleding van die data, verwerk. Die navorsingskonsultant het die navorser bygestaan in die ontleding van die temas vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die prosedure vir die ontleding van die data word volledig in Tabel 1.2 bespreek.

In hierdie hoofstuk (par. 4.10) word die data ontleed en volgens die hooftemas en subtemas geïnterpreteer. Vanuit hierdie ontleding, asook die literatuurstudie, was dit moontlik om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel, soos dit in Hoofstuk 5 weergegee word.

Stap 3: Identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle

Deur die bestudering van bestaande suksesvolle en onsuksesvolle programme, is potensiële bruikbare elemente vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geïdentifiseer (De Vos & Strydom, 2011b;481-482). Beide die inligting van die literatuur (Hoofstukke 2 en 3), asook die data wat van deelnemers verkry is, is aangewend om die funksionele en disfunksionele elemente van bestaande modelle te identifiseer. 'n Holistiese benadering wat die maatskaplike werker vanuit die ekosistemiese benadering in die programme insluit, het oor die algemeen ontbreek. Elemente vir en die inhoud van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram (verwys na par. 4.10), soos uit die data van die deelnemers en die literatuurstudie verkry, word in Fase 3 met die ontwerp van die program toegepas.

4.8.2.2.1 Fase 3: Ontwerp

Fase 3 van intervensienavorsing bestaan uit twee stappe, naamlik die ontwerp van 'n waarnemingsstelsel en die spesifisering van die gebruikspresedures van die intervensie (De Vos & Strydom, 2011b:482-483; Fawcett *et al.*, 1994:33-36). Alhoewel Fawcett *et al.* (1994:34), soos aangehaal in De Vos en Strydom (2011b:483), 'n aparte fase is, naamlik 'n ontwerp wat fokus op die waarnemingsstelsel en spesifieke prosedurele elemente vir intervensie voorstel, meen De Vos

en Strydom (2011b:483) dat hierdie stap nie in alle navorsing toegepas kan word nie. Die doel van hierdie fase was om by te dra tot die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Dit is gedoen vanuit die data wat uit die literatuuranalise en onderhoude met ouers en kundiges bekom is. Hierdie program word volledig in Hoofstuk 5 bespreek en is vanuit die ekosistemiese benadering aangebied.

4.8.2.2 Fase 4: Vroeë Ontwikkeling en Loodstoetsing

Soos gemeld is die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram reeds in Fase 3 uitgevoer en 'n loodstoetsing word nie toegepas nie. Weens die feit dat die kind deel van die kwesbare groep vorm, word die kind as gevolg van etiese redes nie direk aan 'n loodstoetsing onderwerp nie. Die vermyding van alle moontlike skade aan hierdie groep is so verseker. Verdere evaluering, verfyning en ontwikkeling is wel in Fase 5 gedoen nadat deelnemers van die holistiese span die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kon evalueer en terugvoer kon gee.

4.8.2.3 Fase 5: Evaluasie, Verfyning en Verdere Ontwikkeling

Fase 5 bestaan uit twee stappe wat in hierdie navorsing saamgevoeg is (De Vos & Strydom, 2011b:486; Fawcett *et al.*, 1994:37-39).

Stap 1 & 2: Insameling en ontleding van die data asook die verfyning van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die voorgestelde program is aan die kundiges wat aan die navorsing deelgeneem het vir kommentaar voorgelê. Die mediese dokter van Australië, die mediese dokters van Suid-Afrika, die onderwyser, die sielkundige en die dieetkundige het terugvoer gegee. Die kundiges was hoofsaaklik van mening dat die intervensie in verdere navorsing in die praktyk met kinders getoets moet word. Die kundiges het ook 'n leemte in die navorsing uitgewys, naamlik dat daar nie direk met die kind onderhoude gevoer kon word nie, maar die beskerming van kinders wat vereis word, is ondersteun. Die mediese dokter van Australië het daarop gewys dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram 'n integrale deel van die hantering van kinders wat met oorgewig of vetsug leef, moet vorm. Dié kundige is van mening dat te veel kinders se gedrag te vinnig met medikasie 'beheer' word

wat dan tot ongewenste newe-effekte lei, waarvan een gewigstoename as gevolg van die eetlusstimulering van die medikasie is. Hierdie kundige voer verder aan dat die huisdokter se insette dus belangrik is. 'n Mediese dokter van Suid-Afrika het die volgende terugvoer gegee:

“Physical activity is extremely important for good health and to keep the body in a good balance, e.g. it makes us more aware of and in tune with our hunger and satiety. However, to rely on more physical activity for people to lose weight will not work: calorie burning from activity is relatively little, and if children (and adults) are forced to take up something they don't like, they will stop it as soon as the intervention program finishes. The task of parents and teachers is to expose children to activities they would do without being forced, and that is different from child to child: soccer, dancing, or, as you mention, just 'rough and tumble'. Just walking or cycling to school is already a good start.”

“The home environment is the basis of future health. If parents keep junk in the house, the children will want to eat it. We cannot change the world, but we can change OUR world: what you put in your shopping trolley, what you keep in the cupboards. We cannot expect from children to make the right choices. Adults have to do that for them, and if that involves putting our foot down, so be it.”

Hierdie addisionele verfyning van aspekte of temas wat deur die kundiges uitgewys is, is ontleed en in die verfyning van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geakkommodeer.

4.8.2.2.4 Fase 6: Disseminasie (Verspreiding)

Hierdie fase behels die voorbereiding van die intervensie vir disseminasie (verspreiding) (De Vos & Strydom, 2011b:487; Fawcett *et al.*, 1994:39-43; Fraser *et al.*, 2009:33). Die voorgestelde holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram sal omskep word in 'n lesersvriendelike handleiding wat aan maatskaplike werkers en ander professies versprei sal word. Die navorsers beoog om artikels te skryf vanuit die bevindinge van hierdie navorsing wat voorgelê sal word vir publikasie in geakkrediteerde joernale en voordragte by konferensies sal aangebied word.

4.9 Etiese aspekte

In die navorsing is etiese kwessies met die nodige integriteit en versigtigheid hanteer. Die volgende standaarde, strategieë en toegepaste maatstawwe is gevolg om betroubaarheid en geloofwaardigheid van die navorsing te verseker:

Tabel 4.3: Epistemologiese standaarde, strategieë en toegepaste maatstawwe vir betroubaarheid en geloofwaardigheid

EPISTEMOLOGIESE STANDAARDE	STRATEGIEË	TOEPASSING
Geloofwaardige waardes	Geloofwaardigheid kan gedefinieer word as die omvang van die data, data-ontleding en samevatting en gevolgtrekkings as geloofwaardig en betroubaar (McMillan, 2011:277). Die doel is om te demonstreeer dat die navorsing op sodanige wyse uitgevoer is om te verseker dat die fenomeen wat nagevors word akkuraat geïdentifiseer en beskryf word (Schurink <i>et al.</i> , 2011:419).	Die navorser het ten alle tye die geloofwaardigheid en betroubaarheid van data en data-ontleding behou. Opnames is van die onderhoude gemaak en is direk na die onderhoud getranskribeer. Die data-ontleding is met die nodige akkuraatheid hanteer en eksterne hulp is in hierdie verband verkry. Toestemming is van die deelnemers verkry om opnames te maak (verwys na par. 4.8.2.2.)
Konsekwentheid/ Betroubaarheid	Betroubaarheid word deur Mc Millan (2011:278) soos volg beskryf: "Reliability is the extent to which what is recorded as data is what actually occurred in the setting that was studied." Hierdie maatstaf vereis dat die data reëlmatigheid verseker. Dit beteken dat die bevindinge volhoubaar moet wees sodat die navorsing indien nodig herhaal kan word met dieselfde onderwerp of in dieselfde omstandighede (Schurink <i>et al.</i> ,	Die navorsingprosedures is in detail beskryf om te verseker dat die navorsing herhaal kan word. Tog moet daar in gedagte gehou word dat omstandighede en interpretasie van individue kan verskil en dat elke situasie uniek is. Die verskillende kulture beskou oorgewig of vetsug verskillend. Dit beteken dat al is die navorsing herhaalbaar, moet dit voldoen aan en aanpas na die

EPISTEMOLOGIESE STANDAARDE	STRATEGIEË	TOEPASSING
	2011:419).	individuele behoeftes binne die sosiale konteks.
Oordraagbaarheid	Die oordraagbaarheid van die een stel bevindinge na 'n ander konteks kan lei tot veralgemening (Schurink et al., 2011:420). Lincoln en Guba (soos aangehaal deur Schurink et al., 2011:419) definieer triangulasie as 'n strategie om oordraagbaarheid te verseker.	Die seleksie van die steekproef is duidelik beskryf. Data-versadiging is bereik deur die literatuurstudie en die empiriese data-insameling van ouers en kundiges. Triangulering is gedoen deur die data met die literatuur te vergelyk en deur die onafhanklike navorser te laat verifeer.
Bevestigbaarheid	Bevestigbaarheid/vergelykbaarheid verwys na die feit dat dit nodig is om te vra watter resultate van die navorsing bevestig word deur ander navorsing of studies (Schurink et al., 2011:419-412).	Die empiriese data is met die literatuur bevestig. Die navorser het die onderhoude volledig getranskribeer en veldnotas geneem. Die data sal vir vyf jaar by die COMPRES Navorsingseenheid bewaar word. Dit kan op aanvraag vir ouditering beskikbaar gestel word.

Verdere etiese aspekte kan soos volg weergegee word:

- **Identifisering van die populasie en vrywillige deelname**

Dit het uit die navorsing geblyk dat oorgewig of vetsug 'n baie sensitiewe onderwerp vir ouers is en dit moes met groot omsigtigheid hanteer word (verwys na par. 1.9.2.2.1, Stap 3). Daar is aan verskeie etiese aspekte tydens die navorsingsproses aandag geskenk (Strydom, 2011a:116-117; Bless, et al., 2006:142-148). Die identifisering van die ouers as deelnemers is ook met die nodige omsigtigheid hanteer. Die ouers kon self 'n keuse uitoefen om aan die

navorsing deel te neem, al dan nie. Hierdeur is die ouers nie gestigmatiseer nie en is vrywillig deelname verseker (verwys na parr. 4.8.2.1. en 4.8.2.2).

Die professionele kundige persone se tyd is met die nodige respek bejeën sodat die onderhoud die minste impak op hul werkstyd kon hê. Daar is met 'n oop gemoed geluister na die mening van die kundige as deelnemer. Die mening van die deelnemer is ook met die nodige respek hanteer.

- **Vermyding van skade**

Die vermyding van fisiese en/of emosionele skade is 'n etiese reël in navorsing met mense. Die navorser het met die beplanning en uitvoering van die navorsing so ver as moontlike alle risiko's oorweeg en voorkomingsmaatreëls daargestel om skade aan die deelnemers en die navorser te vermy (Strydom, 2011a:115) (verwys na par. 1.9.2.2.1, Stap 3). Die navorser se ingesteldheid was om die kundiges, asook die ouers as deelnemers teen enige ongemak wat uit die navorsingprojek kon voortspruit, te beskerm. Die navorsingsproses is sensitief benader en die navorser het daarop gelet om emosionele skade te vermy (Strydom, 2011a:115). Emosionele skade is egter moeilik om te bepaal en kan verreikende gevolge hê, daarom het die navorser na die beste van haar vermoë teen onvanpaste opmerkings en veroordelende opmerkings gewaak. Tog was objektiwiteit van die navorser van die grootste belang.

- **Vrywillige, ingeligte deelname**

Alle moontlike inligting oor die doel en werkswyse van die navorsing, die voor- en nadele wat deelname mag inhou, en die geloofwaardigheid van die navorser is aan die deelnemers beskikbaar gestel (Strydom, 2011a:116) (Addendum 11). 'n Gebalanseerde uitleg van die voor- en die nadele van die navorsing is met die deelnemers bespreek (Rubin & Babbie, 2005:77). Deelnemers kon 'n ingeligte besluit neem of hulle wil voortgaan om aan die navorsing deel te neem of nie. 'n Toestemmingsbrief is onderteken (Addendums 13 en 15). Die deelnemers kon enige tyd van die navorsing onttrek. Die voordele van die navorsing is nie oorbeklemtoon nie, maar gebalanseerd weergegee.

- **Oortreding van privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid**

Oortreding van privaatheid is tot die absolute minimum beperk, alhoewel dit slegs toelaatbaar is vir die bereiking van geldige navorsingsdoelwitte. In beide die groepe deelnemers se geval is alle inligting as privaat en vertroulik beskou en is die voorneme gestel om geen inligting sonder die deelnemers se toestemming op enige wyse bekend te maak nie. Die navorser het tydens die onderhoude met die kundiges daarop gelet dat praktykasiënte of -kliënte nie by name genoem word nie en so verseker dat die navorsing nie privaatheid skend nie. Verwysing na gevalle is met die nodige vertroulikheid hanteer en daar is op geen wyse op onwaardige wyse daarmee gehandel nie (Strydom, 2011a:119-121). Die ondertekening van die toestemmingsbrief het ook die vertroulikheid van die navorsing uitgelig. Met die data-insameling het persoonlike besonderhede van die deelnemers na vore gekom, maar slegs die inligting wat 'n bydrae tot die wetenskaplike proses kon lewer, is anoniem gebruik.

- **Aksies en bekwaamheid van die navorser**

Studieleiding is voortdurend deur die studieleiers verskaf. Die dienste wat deur die NWU verskaf word, is ook aangewend om optimale inligting vir die literatuurstudie te bekom. 'n Geregistreerde navorsingskonsultant is om hulp genader ten opsigte van die logiese uiteensetting van die temas van die kwalitatiewe data. Die navorser is 'n geregistreerde maatskaplike werker wat verplig is om volgens die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplike Diensberoepe se vereistes vir professionele optrede te handel. Geregistreerde maatskaplike werkers word aan tugstappe onderwerp indien hul nie aan die voorgeskrewe etiese vereistes voldoen nie (Strydom, 2011a:123 -124).

Daar is met die nodige sensitiwiteit opgetree, om die deelnemers te beskerm. Op geen stadium is daar op enige inligting wat die verhouding tussen die navorser en ouers kon skaad, aangedring nie. Die navorser het haarself daarvan probeer weerhou om enige waardeoordeel ten opsigte van die kind se oorgewig of vetsug te maak en deurgaans op wetenskaplike beginsels probeer fokus.

- **Etiese goedkeuring**

Etiese goedkeuring is van die HREC van die Noordwes Universiteit, Potchefstroomkampus ontvang en die Etiese nommer is: NWU-00123-14-S1.

4.10 Aanbieding van die kwalitatiewe bevindinge

Uit die data-ontleding kon die oorsaak en gevolg van oorgewig of vetsug nie op 'n liniêre of sirkulêre wyse aangetoon word nie. 'n Bydrae vanuit hierdie navorsing is dat oorgewig of vetsug eerder volgens 'n spiraal-effek aangetoon moet word. Die beginpunt opsig self veronderstel nie oorgewig of vetsug nie, maar indien daar verskeie negatiewe fisies, emosionele en psigososiale aspekte (soos geïdentifiseer in hierdie navorsing) op die die spiraal inwerk, neem die fenomeen progressief toe. Die oorsaak/e het 'n gevolg, maar die gevolg/e raak die oorsaak, daar is dus voortdurend beweging in die spiraal. Die navorser verwys dus na die effek van oorsaak-gevolg-effek van die dinamiese spiraal. Die fenomeen kan selfs in die spiraal met tye stabiliseer of afneem. Die betrokkenheid van die maatskaplike werker in die hantering van oorgewig of vetsug word deur kundiges, soos in Fase 1, Stap 2 (par. 4.8.2.1) aangetoon is, deur die dieetkundige, bio- en kinderkinetici as 'n belangrike aspek uitgelig. Daar is ook aangedui dat hierdie fenomeen op 'n holistiese, praktiese wyse binne die ekosistemiese benadering hanteer moet word.

Uit die data-ontleding is twee hooftemas met onderskeie subtemas geïdentifiseer. In **tema een**, word die oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug uitgelig, met die subtemas wat fisiese, emosionele en psigososiale oorsaak en gevolge uitstip. **Tema twee** het betrekking op die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die subtemas lig aspekte met betrekking tot die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram uit. Die tabel wat volg dui die twee hooftemas en subtemas aan soos uit die ontleding geïdentifiseer is.

Tabel 4.3: Hooftemas en subtemas soos uit die data-ontleding van die navorsing

Hooftema een:	Oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug	
Subtemas:	Fisiese aspek van die kind	Genetiese oorsake. Biologiese oorsaak-gevolg. Eetgewoontes van die kind. Fisieke voorkoms van die kind.

Hoofitema een:	Oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug	
		<p>Fisieke aktiwiteite van die kind.</p> <p>Bespreking van die fisiese aspek van die kind</p>
	<p>Emosionele aspek van die kind</p>	<p>Trauma wat ervaar is.</p> <p>Vernederende ervarings wat die kind beleef of beleef het.</p> <p>Ervaring van stigmatisering deur die kind.</p> <p>Toepassing van selfregulering en beheer deur die kind.</p> <p>Die beleving van die selfkonsep by die kind.</p> <p>Bespreking van die emosionele aspek van die kind</p>
	<p>Psigososiale aspek van die kind in terme van die ekosisteme</p>	<p>Die rol van die ouersisteem:</p> <p><u>Ouers se sienings van die fenomeen.</u></p> <p><u>Betrokkenheid en toesig van die ouers by die kind.</u></p> <p><u>Afbrekende/negatiewe gedrag van die ouers teenoor die kind.</u></p> <p><u>Oorbekerming van die ouers.</u></p> <p><u>Nabootsing van die ouers se gedrag deur die kind.</u></p> <p>Bespreking van die rol van die ouersisteem ten opsigte van die psigososiale aspek</p> <p>Die rol van die gesinsisteem:</p> <p><u>Leefstyl van die gesin.</u></p> <p><u>Trauma en stres wat deur die gesin ervaar word.</u></p> <p>Bespreking van die rol van die gesinsisteem ten opsigte van die psigososiale aspek.</p> <p>Die rol van die vriendsisteem:</p> <p><u>Portuurgroepverhoudings van die kind.</u></p> <p>Bespreking van die vriendsisteem ten opsigte van die psigososiale aspek</p>

Hooftema een: Oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug	
	<p>Die rol van die skoolsisteem:</p> <p><u>Fisieke aktiwiteite van die kind in die skoolomgewing.</u></p> <p><u>Lae skoolprestasie van die kind.</u></p> <p>Bespreking van die rol van die skoolsisteem ten opsigte van die psigososiale aspek</p>
Hooftema twee: 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram	
Subtemas:	Die bemerking van die program
	<p>Die Inhoud van die advertensies.</p> <p>Bespreking van die inhoud van die advertensie</p>
	Aanbieding van die program
	<p>Sisteme waarbinne die program aangebied moet word.</p> <p>Spanbenadering wat in die program gevolg moet word.</p> <p>Elemente wat teenwoordig moet wees in die program.</p> <p>Bespreking van die aanbieding van die program</p>
	Inhoud van program
	<p>Aspekte wat deur deelnemers benadruk is:</p> <p>Fisieke aspek:</p> <p><u>Verhoging van fisieke aktiwiteite.</u></p> <p><u>Inagneming van die biologiese en genetiese agtergrond van die kind.</u></p> <p><u>Bepaling van die eetgewoontes van die kind.</u></p> <p>Emosionele aspek:</p> <p><u>Die hantering van viktimisering en negatiewe kritiek wat tot vernedering lei.</u></p> <p><u>Opbou van die selfbeeld.</u></p> <p><u>Belewing van trauma.</u></p> <p><u>Bevorder selfregulering.</u></p> <p><u>Bevorder emosionele regulering.</u></p> <p><u>Skenk aandag aan die geestelike aspek.</u></p> <p>Psigososiale aspek:</p> <p><u>Verantwoordelikheid van die ouers.</u></p> <p><u>Verantwoordelikheid van die gesin.</u></p>

Hooftema twee: 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram		
		<u>Verantwoordelikheid van die skool.</u> Bespreking van die inhoud van die program

Bogenoemde tabel as opsomming van die hooftemas en subtemas word vervolgens meer volledig bespreek.

4.10.1 Hooftema 1: Oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug

Die oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug sluit fisiese, emosionele en psigososiale aspekte in, wat in 'n dinamiese spiraal op mekaar inwerk. Hierdie data is grootliks vanaf die ouers as deelnemers bekom, maar die kundiges het soms aspekte van die kind uitgelig en sal dan ook so weergegee word.

4.10.1.1 Fisiese aspek van die kind

Hierdie aspek word beskryf in terme van genetiese oorsake, biologiese oorsaak-gevolg, eetgewoontes, fisieke voorkoms en fisieke aktiwiteite van die kind; alles wat dus met die liggaam as sulks te doen het word vervolgens aangebied.

- **Genetiese oorsake vir die ontwikkeling van oorgewig of vetsug**

Die voorkoms van genetiese aspekte van oorgewig of vetsug in die gesin het sterk na vore gekom. Vier ouers (40%) het aangetoon dat die kind reeds as baba groter as ander babas gebou was.

“Sy was 'n swaar babatjie ook gewees”

“... sy het ons in elk geval uit die huis uit gedrink met die melk. Sy kry net nie genoeg nie.”

“... sy is groot en groter as al haar maatjies en haar sussies is fyn en klein”.

Een ouer (10%) noem dat die dokter al met die swangerskap 'n opmerking teenoor die ma gemaak het in terme van die baba se vol magie.

“... twee keer toe ek swanger was het die dokter met die sonar al gesê-kyk hoe mooi vol is haar magie.”

Van die ouers het ses (60%) aangetoon dat die moeder oorgewig is, en twee (20%) dat albei ouers oorgewig is. Pietrobelli (2010:18) toon aan dat 10% van die kinders van ouers met normale gewig vetsugtig is. Die persentasie styg drasties met 50% as een ouer vetsugtig is en tot 70% as beide ouers aan die toestand ly.

- **Biologiese oorsaak-gevolg-aspek van die kind**

Biologiese aspekte word beskryf as veranderings wat in die liggaam kan plaasvind as gevolg van verskeie hormonale of biologiese veranderings in die liggaam. Neurologiese en endokrinologiese regulering is hierby betrokke wat die honger en versadigingseine in die liggaam reguleer. Vyf (50%) van die ouers het aangetoon dat dit voorkom of die kind nie sy honger en versadiging kan reguleer nie.

“Dit is asof haar lyf nie vir haar sê haar maag is vol nie. Ek moet haar beheer Dit is asof die boodskappie te laat by haar uitkom dat sy nou versadig is.”

Vier ouers (40%) het aangetoon dat hul medikasie neem vir 'n spesifieke mediese rede wat tot hul gewigstoename bydra. Ses (60%) ouers het aangetoon dat hul kinders laat in die aande gaan slaap omdat hul sukkel om aan die slaap te raak. Liu, Zhang en Li (2012:197) is van mening dat 'n gebrek aan slaap 'n bydrae tot gewigstoename lewer en dat hormonale en metaboliese veranderinge in die liggaam kan plaasvind.

- **Eetgewoontes van die kind**

Eetgewoontes word reeds op 'n jong ouderdom gevestig. Vyf ouers (50%) het aangetoon dat die kind borsvoeding vir ten minste ses maande ontvang het. Papalia *et al.* (2009:147), is van mening dat babas wat geborsvoed word minder geneig is om oorvoed te word, aangesien hulle aktief hul inname kan reguleer.

Sewe (70%) ouers het egter gevind dat die kind min grense met die inname van voedsel toon. 'n Onderwyser het aangetoon dat hul by die skool beleef dat hierdie kinders baie voedsel na die skool neem of baie voedsel aankoop.

“... hierdie kinders het baie kos in hulle kosblik, nie noodwendig slegte kos nie, maar baie. Indien daar 'n verkoping by die skool is koop hulle sakke vol.”

Die ouers toon dat hul nie alleen die kind moet beheer ten opsigte van hul inname nie, maar dat voedsel 'n belangrike aspek in hierdie kinders se lewe is.

“Ek moet haar beheer ten opsigte van porsiegrootte. Hoeveel sy moet eet. Die drie hoofmaaltye moet nie gemis word nie.”

Die inname van versnaperinge tussen maaltye, veral koeldranke, en die beheer en toesig van die ouer blyk problematies te wees.

“... wanneer hy chippies (*sic*) of sweets (*sic*) wil hê, moet hy vir my kom vra ... maar as hy koeldrank wil hê kan hy yskas toe stap en drink soveel as wat hy wil hê en ek het al gesien, hy kan sommer 'n 2 liter by homself opdrink.”

'n Dieetkundige voer aan dat daar dikwels vergeet word dat oorgewig of vetsugtige kinders ondervoed is, aangesien hulle nie genoegsame mikrovoedingstowwe inneem nie. Dit gebeur dikwels as daar te veel kitskosse of gemorskos in die dieet ingesluit is. Verveeldheid van die kind word ook deur die ouers as rede aangevoer vir die oormatige inname van voedsel.

“... wanneer ons haar besig hou gaan dit goed, maar die oomblik as sy niks doen nie, eet sy. As sy verveeld is, eet sy, dit is rêrig so.”

- **Fisieke voorkoms van die kind:**

Al die ouers as deelnemers toon ambivalente gevoelens ten opsigte van die kind se fisieke voorkoms.

“Hy (Pa) dink sy is die oulikste, pragtigste pokkeltjie.”

Die kind toon 'n bewustheid van sy fisieke voorkoms en dit kan die kind inhibeer om aan aktiwiteite deel te neem.

“Sy maat het 'n partytjie by die openbare swembad gehou en dit was vir hom erg gewees om sy T-hemp uit te trek. Hy sal eerder met sy hemp gaan swem, want hy is bewus van daai (*sic*) rolletjies” en “Sy wonder wat dink ander mense. Sy wou geen aandag op haarself trek (*sic*) nie. Sy wou nie meer geswem het. Sy het gesê ‘kyk hoe lyk ek’....”

Die ouers toon dat dit veral moeilik is om vir die kinders klere te koop.

“... klere koop is ’n helse issue (*sic*), want ons moet by die grootmense koop en korter maak - hy voel dit sit nie lekker vir hom nie en dit laat hom vet lyk. Dit is vir hom ’n issue (*sic*).”

Die kind moet ook ’n sekere styl klere dra om by die figuur te pas.

“As gevolg van die lyf moet sy sekere klere dra want anders pas die klere nie by die lyf nie, so dit lyk dan sleg.”

Algemene netheid van hierdie kinders se voorkoms word deur ’n onderwyser as problematies beleef.

“... daar is ’n onversorgdheid, naels is vuil en hulle sweet baie.”

In teenstelling met die onversorgdheid, het die ouers dit wel laat blyk dat veral dogters bewus is van hul voorkoms en dit geniet om aandag daaraan te skenk.

“... sy is verskriklik lief daarvoor om mooi aan te trek en op te dress (*sic*).” en “Sy hou van mooi lyk en is netjies.”

- **Fisieke aktiwiteite van die kind**

Verskeie fisieke aktiwiteite word deur al die ouers aangetoon, maar ses van die ouers (60%) meen dat die kind diskriminasie tydens deelname aan die aktiwiteite ervaar.

“As hulle byvoorbeeld by netbal in groepies moet werk, word sy alleen gelos en nie gekies nie. As hulle moet hardloop, moet sy heel agter wees, want sy gaan hulle ophou. Sy is te stadig.”

Vyf (50%) van die ouers het aangetoon dat hul kinders ’n lae spiertonus het. Verskeie navorsers toon ’n verband tussen lae motoriese vaardighede en die ontwikkeling van oorgewig of vetsug aan (Cairney, 2005:515; Du Toit & Pienaar, 2003:37-48; Truter, 2011:26).

Dit blyk ook uit die data dat die kinders baie tyd aan elektroniese speletjies en voor die televisie spandeer. Ses (60%) ouers het aangetoon dat hul kinders meer as 'n uur per dag aan elektroniese toestelle of televisie spandeer.

“Sy kyk TV en iPad - As ek haar los, sal sy die heeldag dit doen, ek moet dit monitor. Sy sal die hele dag voor die TV lê. En as sy nie kan TV kyk nie, dan wil sy iPad speel” en “... omtrent 2 ure per dag TV en iPad.”

Al die ouers toon aan dat die kinders wel aan sportaktiwiteite deelneem, maar nie voldoen aan die voorgestelde riglyn van 60 minute se matige, intensiewe fisieke aktiwiteite per dag nie (Kemp & Pienaar, 2011:1).

Sewe (70%) van die oorgewig of vetsugtige kinders kom ook passief voor en geniet eerder aktiwiteite soos teken, drama, lees, leer en binnenshuise spel.

“... 'n baie passiewe kind, sy sal nie rondhol nie. Ons hou vir haar partytjie, dan sit sy op die stoel en hou die ander dop terwyl hulle speel.”

Vier (40%) van die ouers dui aan dat die sibbes geïrriteerd kan raak met die oorgewig of vetsugtige kind in die gesin as gevolg van hul passiwiteit.

“Sussie raak gefrustreerd met haar (oorgewig kind) wat so passief is. Sy raak geïrriteerd as sy nie wil saam hardloop en doen nie.”

Bespreking van die fisiese aspek van die kind

Fisiese aspekte sluit die genetiese oorsake, biologiese oorsake-gevolg, die fisieke voorkoms, eetgewoontes en fisieke aktiwiteite van die kind, wat 'n rol in oorgewig of vetsug speel. Cornette (2008:136-137) wys daarop dat literatuur meestal die fisiese gevolge van oorgewig of vetsug by kinders hanteer. Die navorser stem met Cornette saam en bevind dat die emosionele aspekte dikwels agterweë gelaat word. Die fisiese aspek sluit dan eerstens die genetiese aspek in. Daar is in hierdie navorsing aangetoon dat daar wel 'n sterk genetiese geneigdheid tot vetsug deur die ouers aangetoon is. Die genetiese voorkoms van oorgewig of vetsug word deur verskeie navorsers bevestig (Berthoud, 2004:781; Kushner *et al.*, 2013:16; Weiten, 2013:378). Volgens navorsers toon sommige mense 'n oorerflike genetiese kwesbaarheid tot vetsug, maar voer verder aan dat dit nie op sig self vetsug voorspel nie (Berthoud, 2004:781; Kushner *et al.*, 2013:16; Weiten,

2013:378). Goran en Sothern (2005:69) identifiseer potensiële kritieke periodes vir die ontwikkeling van oorgewig. Bogenoemde navorsers vermeld onder andere die tydperk van swangerskap en die eerste jaar van die kind se lewe as kritieke tydperke vir die ontwikkeling van oorgewig of vetsug. Dit is dan juis, onder andere, binne hierdie ouderdom wat ouers die gewigstoename by die kinders aangedui het. Die voorkoms van oorgewig of vetsug word ook verhoog indien een of albei die ouers oorgewig is. In hierdie navorsing was veral die moeders van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, oorgewig. Pietrobelli (2010:18) toon aan dat die kind tot 50% meer geneig is tot oorgewig of vetsug as een van die ouers vetsugtig is, en tot 70% as beide ouers aan die toestand ly. Die navorser is dus van mening dat oorgewig of vetsug dikwels 'n gesinsprobleem is en moet dus in gesinsverband hanteer word.

Die biologiese oorsaak-gevolg-aspek sluit die hormonale en biologiese veranderinge in die liggaam in wat onder andere beïnvloed word deur die honger- en versadigingseine van die liggaam, die inname van medikasie en slaappatrone. Die regulering van honger- en versadigingseine blyk, soos deur die ouers aangedui, problematies by die kinders te wees, in so 'n mate dat die ouers intree en voel hulle moet die beheer of regulering van voedsel-inname toepas. Daar word deur verskeie navorsers aangevoer dat om bewustelik (Siegel, 2010:261; Evenepoel, 2012:38-39) en stadig (David, 2015:65) te eet, die liggaam bewus word van honger- of versadigingseine (Kolb & Whishaw, 2014:430-431; Weiten, 2013:373). Die gevolg hiervan is dat die liggaam die nodige boodskappe (hormone) na die brein stuur om honger of versadiging aan te dui wat voedsel-inname aanwakker of inhibeer. Dit wil dus volgens die navorser voorkom of bewuswording van die liggaam by die kind bevorder moet word. Die aspek moet dus in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer word.

Die inname van veral medikasie vir 'n spesifieke rede blyk gewigstoename bevorder. Dit is by vier ouers in die navorsing aangedui. Evenepoel (2012:204) verwys na antidepressante en antipsigotiese medikasie wat veral tot gewigstoename kan bydra. Dié medikasie kan tot 'n verhoogde eetlus lei. Ander medikasie wat ook geïmpliseer word, is antihipertensie- en anti-epileptiese

middels, asook sekere diabetiese behandeling, steroïede en antihistamiene (Evenepoel, 2012:2014; Kushner & Aronne, 2008:123).

'n Gebrek aan slaap en gebrekkige slaappatrone kan 'n bydra tot gewigstoename deur hormonale en metaboliese veranderinge in die liggaam lewer (Liu *et al.*, 2012:197). In hierdie navorsing het ses (60%) ouers aangetoon dat hul kinders laat in die aand gaan slaap omdat hul sukkel om aan die slaap te raak. In die literatuur word aangetoon dat 'n gebrek aan slaap nie net 'n hormonale of metaboliese effek op die liggaam het nie, maar kan ook veroorsaak dat die kind net te moeg is om aktief te wees en bloot net aanhou eet om die moegheid te verdryf (Gilbert & Ronald Riba, 2014:80-83). Die slaappatrone en slaapydroetine van die kind is dus volgens die navorser van groot belang en moet aandag geniet.

Die eetgewoontes van die kind word vanaf die babajare vasgelê. Die babas wat borsvoeding vir ten minste ses maande ontvang, tel minder gewig op as bottelbabas en hierdie patroon van gewigstoename kan latere oorgewig en obesiteit verminder (Berk, 2012:176; Kramer & Daniels, 2008:570; Louw & Louw, 2014:98). Uit die voorafgaande blyk die bevindinge in hierdie navorsing teenstrydig met die literatuur te wees, aangesien vyf (50%) van die ouers aangetoon het dat die kind borsvoeding tot minstens ses maande of langer ontvang het, maar as oorgewig of vetsugtig beskryf word. Daar moet in gedagte gehou word dat voeding in die babajare net een aspek is wat tot oorgewig of vetsug kan bydra. Alhoewel die empiriese data op die eerste oogopslag teenstrydig blyk te wees met die literatuur, is dit inderdaad 'n bevestiging dat meerdere aspekte 'n invloed op oorgewig of vetsug het.

Voedsel blyk vir hierdie kinders 'n belangrike aspek in hul lewe te wees en hul toon dikwels min grense met die inname van voedsel. Sewe (70%) ouers het gevind dat die kind min grense met die inname van voedsel toon en 'n onderwyser beleef dat hierdie kinders baie voedsel na die skool neem of baie voedsel aankoop. Die ouers se beheer en toesig van die kind se voedsel-inname blyk dus problematies te wees. Die kind word byvoorbeeld toegelaat om onbeperk suikergebaseerde koeldrank in te neem. Dit is nie noodwendig 'n gebrek aan inligting of apatie dat ouers hul kinders verkeerde eetgewoontes leer nie, maar uitputting van die ouer kan tot ongesonde keuses lei (Pocock, 2009:347-248; Sullivan, 2004:26).

Die inname van ongesonde voedsel kan volgens die dieetkundige tot ondervoeding lei as gevolg van te min mikrovoedingstowwe wat ingeneem word. Verder toon die ouers dat verveeldheid ook 'n rede tot die oormatige inname van voedsel by die kinders is.

“... wanneer ons haar besig hou gaan dit goed, maar die oomblik as sy niks doen nie, eet sy. As sy verveeld is, eet sy, dit is rêrig so.”

Die ouers toon teenstrydige gevoelens aangaande die kind se fisieke voorkoms en onbewustelik negatiewe opmerkings word deur die ouers gemaak. Die kind is bewus van sy fisieke voorkoms en dit blyk uit die navorsing dat oorgewig of vetsug die kind kan inhibeer om aan aktiwiteite deel te neem. Uit die literatuur blyk dit dat die fisieke voorkoms van die kind tot liggaamsontevredenheid kan lei (Neumark-Sztainer *et al.*, 2006:244) wat die afname in fisieke aktiwiteite tot gevolg het. Liggaamsontevredenheid word in hierdie navorsing bevestig. Die volgende aanhaling is ook van toepassing op liggaamsontevredenheid.

“Sy wou geen aandag op haarself trek (sic) nie. Sy wou nie meer geswem het. Sy het gesê 'kyk hoe lyk ek'....”

Die ouers toon veral negatiewe gevoelens ten opsigte van die aankoop van klere vir die kind. Pocock *et al.* (2009:348) wys daarop dat oorgewig deur ouers as gevolg van kosmetiese redes eerder as gesondheidsprobleme negatief beskou word. Die netheid van die kind blyk ook volgens 'n onderwyser in sekere gevalle problematies te wees. Die ouers het aangetoon dat veral in die geval van dogters hulle wel moeite met hul voorkoms doen.

Verskeie fisieke aktiwiteite word deur die ouers aangetoon, maar dit voldoen nie aan die voorgestelde riglyn van 60 minute per dag nie (Kemp & Pienaar, 2011:1). Ouers dui ook diskriminasie en viktimisering tydens die deelname aan sport-aktiwiteite aan wat tot die vermindering van fisieke aktiwiteite kan lei (Lawrence, 2010:314; Tang-Péronard & Heitmann, 2008:45). Die motoriese ontwikkeling en lae spiertonus van die kind blyk ook 'n invloed op die fisieke aktiwiteite te hê. Vyf (50%) van die ouers het aangetoon dat die kind 'n lae spiertonus het. Kemp en Pienaar (2011:4) wys daarop dat die kind wat 'n gebrek aan motoriese vaardighede het, minder selfvertroue toon om aan aktiwiteite deel te neem en

fisieke ongemak gedurende die aktiwiteit ervaar. Daar is dan ook in hierdie navorsing bevind dat die kinders verkies om in hul vrye tyd aan meer passiewe aktiwiteite deel te neem, soos inkleur, lees en televisiekyk. Daar word afgelei dat die selfvertroue van die kind versterk moet word, sodat die kind met meer gemak aan fisiese aktiwiteite kan deelneem.

4.10.1.2 Emosionele aspek van die kind

Die emosionele aspekte van oorgewig of vetsug wat vanuit die data-ontleding bekom is, sluit trauma wat ervaar is, vernederende en stigmatiserende ervarings, toepassing van selfregulering en beheer, en die ervaring van die selfkonsep in.

- **Trauma wat deur die kind ervaar is**

Die voorkoms van traumatiese gebeure is by al tien ouer-deelnemers (100%) aangetoon. Die traumatiese gebeure het gevarieer van erge spanning by die moeder tydens die swangerskap, vroeë geboortes van kinders, dood en hospitalisasie, die ervaring van boeliegedrag en een deelnemer het seksuele betasting aangetoon. Die kundiges het ook by die ervaring van die ouers aangesluit of ander aspekte uitgelig soos wat vervolgens aangetoon word.

'n Maatskaplike werker as deelnemer het aangetoon dat oorgewig of vetsugtige persone baie sensitief voorkom en dat hulle gebeure as baie traumaties kan ervaar.

“Dit voel vir my hulle is sulke sensitiewe ‘beings’, dat ’n ding, ’n opmerking wat iemand gemaak het teenoor hulle vir hulle so traumaties is soos die dood vir iemand anders sal wees.” en dan verder “Dit voel vir my hulle is meer sensitief as ander mense en dis hoekom hulle baie keer eet. Hulle het daai protection wall around them nodig.” en “Hulle is sensitief en mense is onsensitief teenoor hulle.”

Dit blyk ook volgens ’n onderwyser dat die kinders baie met hul emosies kan worstel:

“Ek tel op dat hulle te oud voor hul tyd is. Hulle word met meer gekonfronteer as waarvoor hulle gereed is op hul ouderdomme. Die emosionele lading is definitief worsteling met emosies.”

Die sielkundige is van mening dat die negatiewe emosionele probleme tot verdere negatiewe gedrag kan lei, soos eetversteurings wat tot 'n vernietigende siklus kan lei.

Dit blyk, volgens die maatskaplike werker, dat die oorgewig of vetsugtige kinders hulself probeer beskerm deur nie hul ware gevoelens te wys nie.

“... hulle gee voor hulle is happy (*sic*) maar dit verg baie energie vir hulle om happy te wees.”

Die biokinetikus het aangetoon dat as gevolg van die leef met oorgewig of vetsug, kinders meer gekonfronteer word met negatiewe emosionele gedrag wat verreikende gevolge kan inhou.

“Sjoe, jy kry kinders wat stukkend ... stukkend ... stukkend stukkend is. En jy kan hom miskien fisies herstel maar hy loop vir die res van sy lewe met daai (*sic*) emosionele letsel van ek is vet, ek is oorgewig, ek is onaanvaarbaar vir die samelewing, niemand hou van my nie, niemand is lief vir my nie. Jy weet dan is die uiteinde... die heel ergste is daai kind wat selfmoord pleeg. Daar gryp jy jou hart vas en besef wat kan gebeur.”

- **Vernederende ervarings wat die kind beleef**

Viktimisering en kritisering van die kind deur ouers, sibbes en maats kan tot vernedering by die kind lei. Vier (40%) kinders ontvang dikwels negatiewe kritiek in die gesin van die ouers af.

“Sy pa sal partykeer vir hom sê: ‘Seun nou moet jy rêrig iets begin doen’. Wat ek (Ma) voel is, dit maak dit vir hom erger.”

Die kind reageer dan op die opmerkings van die vader as volg:

“Hy sê ook baie keer vir my Pappa kritiseer my al weer”

Vyf (50%) van die ouers het aangetoon dat die sibbes in die gesin ook dikwels kritiek uitspreek.

“As sy haar sussie se klere aangetrek het, (sê haar sussie), is dit verrek en nou is dit te groot” en “... hulle doen dit so half spottenderwys soos, ag jou ou vettie of jou ou groot boude of sulke goed.”

Die kind ervaar nie alleen kritiek in die gesin nie, maar ook kritiek vanaf die maats in die vorm van spot. Agt (80%) van die ouers het spot van maats aangedui.

“Ja, goeters soos as jy op my val is ek plat ... en ... mmm ... jy is dieselfde gewig as 'n walvis en ... klomp sulke goete.”

Agt (80%) van die kinders ervaar 'n gevoel van hartseer as die kinders hul kritiseer.

“Sy het nie regtig besef dat sy oorgewig is nie, maar die laaste jaar, van Graad 1 af, word sy meer attent gemaak van buite af: seuntjies in die klas wat sê jy's vet, jy's lelik en dit maak haar hartseer.”

'n Ouer het die gevolge van die gevoel van hartseer soos volg beskryf:

“... sy was baie huilerig en dit het gelyk soos cravings (*sic*) wat sy gekry het, soos sy haar oorgegee het aan kos, soos sy moes iets stilgekry het met kos. Sy het soos amper, wil ek sê, ingeprop....”

Al die seuns (30%) word nie net hartseer nie, maar kan ook met woede op die kritiek reageer.

“Wat hom baie hartseer maak is dat hulle nie net vir hom sê jy is vet nie, maar hulle sal vir hom sê jy is net so vet soos jou ma. En dan raak hy kwaad.”

Gesinsetes by drie van die deelnemers (30%) blyk dan ook met baie konflik en kritiek gepaard te gaan.

“Ons eet altyd as gesin aan tafel, dis 'n lekker tyd, maar daar is altyd daai ding ... haar Pa is baie erg van 'jy gaan nie nou verder eet nie, jy het nou al soveel geëet'. ... partykeer voel dit vir my 'O, arme kind', ... of hy sal vir my sê sy eet al weer dit, en vandat ek by die huis gekom het eet sy dit en dit en dit. So baie van ons familietyd is 'n geveg.”

- **Ervaring van stigmatisering deur die kind**

Aansluitend tot die negatiewe kritiek, is stigmatisering wat die kind ervaar. Stigmatisering deur die maats kom veral voor. Al die ouers (100%) toon stigmatisering van die kind aan.

“Sy staan tog uit tussen die maatjies as die vet enetjie.”

Ten opsigte van fisieke aktiwiteite word vyf (50%) kinders uitgesluit of as stadig beskryf. Die kinders word as minderwaardig gesien. Die maatskaplike werker meen die volgende:

“... niks wat hulle sê of doen word ernstig opgeneem nie. Dis asof hulle gesien word as dom, asof hulle nie krag het nie. 'n Magteloosheid word uitgestraal.”

- **Toepassing van selfregulering en beheer deur die kind**

Dit blyk uit die data van die ouers, dat al die kinders (100%) wat met oorgewig of vetsug leef, oor beperkte selfregulering en min beheer ten opsigte van voedsel-inname beskik. Vyf (50%) ouers blyk dat hul die kind moet help, om ten opsigte van porsiegrootte, beheer toe te pas.

“Hoe ek kos in die huis hanteer is, dat ek gewoonlik vir haar skep. En van tyd tot tyd of as ons mense het kan sy vir haarself skep.”

Die kind moet ook op emosionele vlak sterk selfregulering en beheer toepas, indien die kind soos die voorafgaande aandui emosioneel uitgelok word deur maats. Die kind reageer met woede of hartseer in uitdagende situasies, soos alreeds aangedui is.

- **Die belewing van die selfkonsep by die kind**

Oorgewig of vetsug raak veral die selfkonsep van die kind negatief. Die negatiewe selfkonsep word gevorm deurdat die kind afbrekende en negatiewe gedagtes toon. Een ouer dui die kind se negatiewe selfkonsep as volg aan:

“Hy sal baie keer vir ons sê hy is dom en nie slim genoeg nie, dan sal ek vir hom sê dit is nonsens.” Die moeder vertel verder “Oor die algemeen het hy nie ’n goeie dunk van homself nie”

Veral dogters (30%) toon erge weersin in hul liggame as gevolg van die oorgewig of vetsug.

“Vir haar is dit regtig ’n groot ding. Op ’n stadium het sy net langs my op die bed kom lê en dan huil sy en sê sy haat haar lyf. Sy sê sy voel te vet of as haar maag net kan af.”

“Sy sal sê sy soek ’n groter hempie want kyk hoe staan haar maag. Sy weet.”

“Ek kan agterkom sy is skaam vir haar lyfie.”

Sewe ouers (70%) toon dat die kinders ’n ontevredenheid met hul liggame het. Die ouers poog om die negatiewe ervaring wat die kind van hul liggame het, te hanteer.

“Ek het vir haar gesê dat sy haar lyf moet liefkry, want anders gaan sy nooit klere in haar kas kry wat vir haar mooi is nie.”

’n Ouer toon aan dat haar seun sy ontevredenheid met sy liggaam probeer hanteer deur grappe oor sy liggaam te maak. Die kind en van sy klasmaats maak grappies oor hul vetrolletjies en sê dis hul “smileys.”

Drie kinders (30%) gebruik ook hul liggaamsgrootte tot voordeel van hulself.

“Hulle weet hy is ’n stut en hulle weet hy is baie sterk. Hulle sukkel dan nie met hom nie.”

Bespreking van die emosionele aspek van die kind

Ten opsigte van die emosionele komponent, kan die volgende aspekte vanuit die data uitgelig word: ervaring van trauma, vernedering, stigmatisering, toepassing van selfregulering en beheer, en die belewing van die selfkonsep by die kind.

Trauma en die intensiteit van traumatiese gebeure varieer van persoon tot persoon (Shaw, 2010:14). Verskeie navorsers bevestig dat trauma die kind se gewig nadelig kan beïnvloed (Fuemmeler *et al.*, 2009:333; Alvarez *et al.*, 2007:30-

32; Gunstad *et al.*, 2006:35-36). Dit blyk uit die data van die ouers dat al die kinders wel verskeie traumatiese ervarings beleef het. Die traumatiese gebeure wissel van erge spanning by die moeder tydens die swangerskap, vroeggeboortes van kinders, dood en hospitalisasie, die ervaring van boeliegedrag en selfs seksuele betasting. 'n Onderwyser en maatskaplike werker dui aan dat die kinders besonder sensitief voorkom en word as emosioneel oorlaai beskryf, soos dit reeds vroeër aangedui is. Die biokinetikus dui aan dat indien die kind op 'n fisiese vlak van die oorgewig of vetsug herstel het, dit blyk dat die emosionele herstel nie noodwendig plaasgevind het nie en dat die emosionele herstel doelgerig hanteer moet word, soos vroeër deur die biokinetikus genoem word. Die kind ervaar volgens die ouers negatiewe kritiek en viktimisering as gevolg van sy oorgewig, nie alleen in die gesin nie, maar ook tussen vriende, wat tot vernedering ly, soos dit in die empiriese data aangedui is. Die viktimisering en kritiek blyk 'n besondere afbrekende effek op die kinders te hê.

Navorsers, soos Groesz *et al.* (2012:717) en Woods & D'Alessio (2013:S45), meld dat die blootstelling aan stres (wat ook in hierdie geval negatiewe kritiek en viktimisering behels) tot hoër vlakke van voedsel-inname kan lei. Hierdie verhoogde voedsel-inname behels dan verder 'n verhoogde inname in smaaklike nievoedsame voedsel en dat daar 'n beduidende negatiewe assosiasie met die inname van voedsame voedsel is (Groesz *et al.*, 2012:717; Papalia *et al.*, 2009:253). Voedsel word dus as 'n plaasvervanger (trooster) aangewend. Van Ryzin en Nowicka (2013:107) meen dat die ouer die kind moet help met die hantering van stres (vernedering en kritiek) deur positiewe owerleiding.

Gevoelens wat varieer van hartseer tot woede kom voor. Dit blyk ook dat gesinsetes dikwels ook met konflik gepaard gaan en moet in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer word.

Die kind ervaar nie alleen negatiewe kritiek en viktimisering nie, maar ook stigmatisering. Die maatskaplike werker toon aan dat die kind as stadig, dom en as minderwaardig deur maats gesien word en 'n magteloosheid word aangedui. Die kinders word selfs uit die groep uitgesluit. Die ouers het ook stigmatisering en uitsluiting van die kind aangetoon.

Lawrence (2010:314) en Tang-Péronard en Heitmann (2008:45) bevestig dat oorgewig of vetsugtige kinders viktimisering, wat negatiewe kritiek en stigmatisering insluit, kan ervaar wat tot die vermindering van of onttrekking aan aktiwiteite kan lei. Die navorser meen dat die kind genoodsaak is om in hierdie uittartende situasies 'n besondere mate van emosionele regulering en beheer toe te pas. Die kind moet vaardighede aanleer om hierdie situasies in die alledaagse lewe te hanteer.

Selfregulerende gedrag en beheer moet ook met die inname van voedsel aangeleer en toegepas word. Die kind moet leer om interne beheer toe te pas, sodat eksterne beheer van veral die ouer nie nodig is nie. Oorgewig of vetsug raak die selfkonsep van die kind oor die algemeen meer negatief. Negatiewe of afbrekende gedagtes kom veral by die kinders voor wat hulle ontevredenheid met hul liggame beklemtoon. Sullivan (2010:296) bevestig dat oorgewig of vetsug 'n vernietigende en langdurige effek op die kind se selfbeeld het. In die navorsing is 'n lae fisieke selfpersepsie, veral by die dogters, waargeneem. Fairclough, Boddy, Ridgers en Stratton (2012:108-109) bevestig dat oorgewig of vetsugtige dogters 'n laer fisieke selfpersepsie het. 'n Gevoel van hartseer en afsku vir hul liggame is gerapporteer. Strauss (2000:15) bevestig dat 'n afname in die selfbeeld geassosieer word met 'n aansienlike toename in die mate van hartseer, alleenheid en angstigheid. Uit die data blyk dit dat die kind die liggaam ook as negatief ervaar en dat die ouers die kind se negatiewe selfkonsep hanteer deur die kind op die positiewe te rig. Dit blyk dat veral die seuns hul oorgewig of vetsug hanteer deur grappies oor hul liggame te maak. Die kind gebruik ook sy liggaamsgrootte tot sy voordeel in sport, soos vroeër aangedui is.

Lawrence (2010:312) verwys wel na die feit dat die kwesbaarste aspek vir die vorming van 'n lae selfbeeld is dat die kind glo hy of sy is verantwoordelik vir die oorgewig. Indien die kind dus sy liggaam tot sy voordeel gebruik, is dit 'n positiewe aspek vir selfaanvaarding.

4.10.1.3 Psigososiale aspek van die kind, in terme van die ekosisteme

Die psigososiale aspekte van die kind wat in die onderskeie ekosisteme voorkom waarbinne die kind met oorgewig of vetsug leef, word vervolgens bespreek. Dit

sluit die ekosisteme van die ouers, gesin, vriende en die skoolomgewing onderskeidelik in.

- **Die rol van die ouer-sisteem ten opsigte van die oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug in die lewe van die kind**

Binne die ouers as ekosisteem word die volgende subtemas uitgelig: die ouers se sienings van die fenomeen, betrokkenheid en toesig van die ouers teenoor die kind, afbrekende of negatiewe gedrag van die ouers teenoor die kind, oorbekering van die ouers en nabootsing van die ouer se gedrag deur die kind.

Ouers se sienings van die fenomeen

Al die ouers (100%) se siening van oorgewig of vetsug blyk beïnvloed te word deur hul onkunde oor die fenomeen.

“Op die stadium ... die gewig pla my maar ten minste is hy aktief.”

Al die ouers probeer ook om hul kinders te beskerm teen die feit dat die kind oorgewig of vetsugtig is.

“Ek maak (kind se naam) nie attent op die feit dat sy oorgewig is nie of dat haar lyfie mollig of vet is (nie).”

Drie ouers (30%) ontken die feit dat die kind oorgewig of vetsugtig is.

“... dis asof sy hierdie soliede blokkie is. Daar is nie baie vet aan haar nie, maar haar armpies is rond en so, maar dis nie asof sy rolletjies het nie, maar sy is verskriklik swaar”

Betrokkenheid en toesig van die ouers by die kind

Vier (40%) ouers het aangetoon dat gestruktureerde eetpatrone by gesinne ontbreek. Die reaksie was soos volg:

“Ek het net nie tyd vir kosbeplanning nie. Ons sal baie wegneem-etes hê. Gewone eet tyd is hier by nege uur in die aand, dan moes die kinders al eintlik geslaap het. Ons leefstyl op die stadium is net nie ideaal vir 'n gesin nie.”

Vyf (50%) van die ouers toon dat hul moeilik grense stel. Die ouers van 'n dogter het die volgende aangetoon:

“... as sy vir my vra vir 'n ou chippietjie (*sic*), kan ek mos nie sê nee nie. Ek sê net 5 chippies, dan kom sy nou-nou en sê ek het net 4 gehad en dan vat sy weer 5.”

'n Onderwyser het aangedui dat die optredes van die ouers problematies is en 'n invloed op die kind by die skool het.

“Die ouers gee te veel kos vir die kind of kind kry geen kos vir die skool nie.”

'n Beduidende aantal ouers (70%) het aangetoon dat die ouers meer leiding moet ontvang om positiewe eetgewoontes by kinders te ontwikkel, dus moet die basiese beginsels van voeding geleer word.

“... behalwe as jy nou regtig 'n dieetkundige is, weet jy nie, jy vang nou maar 'n tip hier en daar.” “Baie sê moenie hierdie en hierdie saam eet nie en dan sê hierdie een weer eet dit en dit saam. So dit is verwarrend.”

Agt (80%) ouers het wel aangetoon dat hul geen drastiese veranderinge in die kind se eetgewoontes wil maak nie.

“Ek speel seker 'n rol daarin omdat ek vir haar kos koop of maak wat ek weet nie vir haar goed is nie.”

Een ouer het veral negatief gereageer ten opsigte van fisieke oefeninge wat deur die dokter voorgestel is.

“Jy moet ten minste 'n uur lank hard oefen elke dag om daai (*sic*) gewig te verloor, en ek het nie die tyd of die krag om die drie kinders te laat oefen vir 'n uur lank elke dag nie.”

Hierdie aspek sluit aan by 'n onderwyser se siening dat ouers nie aan die kinders genoeg aandag skenk nie.

“'n Gebrek aan aandag. Ouers het nie tyd vir die kind nie.”

Die gevolg van hierdie gebrek aan aandag lei, volgens die kinderkinetikus, daartoe dat die kind oorgewig is om aandag by die ouers te kry, al is dit negatiewe aandag.

“’n Kind glo naderhand hy moet so lyk om aandag te kry.”

Afbrekende of negatiewe gedrag van die ouers teenoor die kind

Afbrekende of negatiewe gedrag van die ouer teenoor die kind is deur vier (40%) ouers weergegee en neem die vorm van negatiewe opmerkings en konflik tussen die ouers en die kind aan. Soos reeds by die vernederende ervarings wat die kind beleef, bespreek is (verwys na par. 4.10.2).

Die konflik of negatiewe opmerkings hou verband met die kind se gewig. Daar word veral deur die ouers na die vaders in hierdie verband verwys. Die verhouding tussen die vader en die betrokke kind word by bogenoemde vier (40%) negatief geraak.

“Ek dink van al die kinders is haar verhouding met hom (Pa) die swakste. Sy het nie ’n afkeur in hom nie, maar sy het duidelike grense met hom. Miskien is dit dat sy eers oor al die ander goed wil kom, die goed wat hy nou al gesê het, wat hy nie bewustelik gesê het nie. En die feit dat hy nie altyd vir haar luister nie.” en “Hulle (pa en betrokke kind) stamp koppe. Sy is nie erg oor haar Pa nie.”

Oorbeskerming deur ouers

Vyf ouers (50%) toon aan dat hul dikwels nie weet hoe om negatiewe gedrag, soos die viktimisering deur maats, te hanteer nie. Een ouer (10%) het aangetoon dat hul van skool verwissel het as gevolg van viktimisering by die skool.

Daar is deur ’n dieetkundige aangetoon dat ouers nie hul kinders wil laat swaarkry soos hul as kind swaargekry het nie, wat dan tot oorbeskerming van die kind lei.

“By ons ontwikkelende deel van die populasie is daar baie mense wat nou vir die eerste keer ’n bietjie makliker lewe het. So hulle het bietjie meer geld en daarmee koop hulle ongelukkig koeldranke, veral, en hulle koop meer kitskos. Daar is ouers wat as kind baie swaargekry het en hulle wil nie hê hul kinders moet die selfde swaarkry beleef nie. Die

ouers sal dan die kind byvoorbeeld by die skool gaan aflaai, sodat die kind nie hoef te stap nie.”

’n Onderwyser voer aan dat die ouers dikwels skuldig voel en oorkompenseer deur sekere gedrag toe te laat.

“Albei ouers werk en die kind word al 06:30 by die skool afgelaai, so die ouers probeer kompenseer deur toe te gee met dissipline, voedsel en televisie.”

Nabootsing van die ouers se gedrag deur die kind

Twee ouers (20%) het aangetoon dat veral die moeder se gevoel of houding teenoor haar eie liggaam ’n impak op die dogter se siening van haarself het.

“Toe besef ek, hulle na-aap ’n mens en my onbewustelike houding teenoor my eie liggaam gaan definitief ’n impak hê op haar, oor hoe sy haar liggaam ook sien.”

Bespreking van die rol van die ouer-sisteem ten opsigte van die psigososiale aspek

Die psigososiale aspek van die kind word volgens die ekosisteme wat die ouers, gesin vriende en skool insluit, beskryf. Dit blyk uit die data dat die ouers se siening om die kind te beskerm tot ontkenning van die probleem kan lei. Ouers toon onkunde ten opsigte van die hantering van die probleem, soos dit in die voorafgaande kwalitatiewe data weergegee is. Pocock (2009:347-248) en Sullivan (2004:26) meen egter dat dit nie noodwendig ’n gebrek aan inligting of apatie is waarom ouers hul kinders verkeerde eetgewoontes aanleer nie, maar dat uitputting van die ouer weens hul werkladings tot ongesonde keuses kan lei. Hierdie gedrag van ouers word in hierdie navorsing bevestig. Ouers se betrokkenheid en toesig aangaande die kind se voedsel-inname en fisieke aktiwiteite blyk beïnvloed te word deur hul beskikbare tyd en lei dikwels tot wegneem-etes.

In hierdie navorsing blyk dit ook dat ouers nie graag teen hul kinders se wense wil ingaan deur grense te stel nie. Die kind word toegelaat om soveel koeldrank as wat hul wil, te drink. Hierdie ouers toon dus sekere gedrag wat verband kan hou met hul ouerskapstyl en gehegtheid met die kind. Bahrami *et al.* (2013:321) dui

aan dat die kwaliteit van 'n kind se gehegtheid met die ouer 'n beduidende effek op die selfdoeltreffendheid van eetbeheer, selfbeheer en impulsiwiteit het. Die ouers moet, volgens die navorser, om hierdie rede meer leiding ontvang om grense te stel, konsekwente gedrag toe te pas en om positiewe eetgewoontes by die kind te ontwikkel om sodoende 'n positiewe ingesteldheid in die hantering van die fenomeen te toon en aandag aan die kind te skenk.

Afbrekende of negatiewe gedrag van die ouer teenoor die kind kom voor in die vorm van negatiewe opmerkings en konflik tussen die ouer en die kind. Dit blyk dat hierdie negatiewe gedrag veral deur die vaders teenoor die oorgewig of vetsugtige kind getoon word. Hierdie aanbieding van die data kan moontlik subjektief wees aangesien daar slegs met die moeders onderhoude gevoer is. Die navorser is egter van mening dat die negatiewe siening van die vaders tot 'n swakker gehegtheid tussen die ouer en die kind kan lei. Mazzeschi *et al.* (2014:6) bevestig dat ouers met oorgewig of vetsugtige kinders oor die algemeen 'n meer wankelrige gehegtheid toon. 'n Geborge gehegtheid moet egter nagestreef word aangesien dit verskeie voordele vir die kind inhou. Louw en Louw (2014:145), asook Berk (2012:278), meen dat 'n geborge gehegtheid met die ouers aan die kind meer selfvertroue, beter emosionele en sosiale vaardighede en motivering tot sukses bied.

Oorbekerming van ouers kom voor weens die feit dat hul nie die negatiewe gedrag wat op die kind gerig word, kan hanteer nie of weens persoonlike skuldgevoelens, byvoorbeeld lang werksure van ouers. Dit lei daartoe dat ouers oorkompenseer deur van die negatiewe situasie te vlug, deur byvoorbeeld die kind na 'n ander skool te stuur. Edmunds (2008:197) bevestig hierdie optrede van ouers dat hulle hul kinders na ander skole stuur om die stigmatisering van en boeligedrag teenoor die kind te voorkom en in sekere gevalle selfs verhuis met die hoop om beter lewensomstandighede vir die kind te skep. Die kind moet dus eerder toegerus word met die nodige vaardighede om die uitdagende situasies van die lewe te hanteer. Kinders leer verder deur nabootsing en waarneming en volg so die ouers se voorbeeld (Puder en Munsch, 2010:S37; McCaffree, 2003:1587). Dit blyk uit die data dat veral die moeder se gevoel of houding

teenoor haar eie liggaam 'n impak op die dogter se siening van haarself het. Die ouer moet dus daarop let om gebalanseerd positief na hul eie liggame te verwys.

- **Die rol van die gesinsisteem, ten opsigte van die oorsaak-gevolg effek van oorgewig of vetsug, in die lewe van die kind**

Die subtemas wat in die gesinsisteem geïdentifiseer is, is die gesin se leefstyl en trauma of stres in die gesin.

Leefstyl van die gesin

Die leefstyl van die gesin het 'n groot invloed op die kind se gewig en drie ouers (30%) dui aan dat hul huislike omstandighede tot hierdie probleem bydra.

“Ek dink ons rol is baie groot en dit is ons leefstyl ... lang ure ... ons het net nie tyd vir kosbeplanning nie. Ons sal baie wegneem-etes hê. ... gewone eet tyd is hier by nege uur in die aand, dan moes die kinders al eintlik geslaap het. Ons leefstyl op die stadium is net nie ideaal vir 'n gesin nie.”

Slegs vyf (50%) van die ouers het aangetoon dat hul as gesin in die aande by 'n tafel sit en eet. Evenepoel (2012:165-170) meen dat gesamentlike gesinsetes wat ontspanne en prettig is en wat gekenmerk word deur bewustelike eet, tot gesonde eetgewoontes lei.

Wegneem-etes is ook 'n groot tendens by al die ouers. Twee (20%) ouers het aangetoon dat hul tot drie keer per week wegneem-etes eet.

Trauma en stres wat deur die gesinsisteem ervaar word

Een ouer (10%) het aangetoon dat hul gesinsetes met baie konflik gepaard gaan. Al die ouers het verskeie traumatiese en stresvolle situasies in die gesinne geïdentifiseer, naamlik dood in die familie en hospitalisasie, asook voorgeboortelike spanning by die moeder en swak gesinsverhoudings.

“As ek haar nou moet vra dink ek sy sal sê sy voel anders as die res van die gesin. Sy voel sy is nie dieselfde as die res van die gesin nie.”

Swak verhoudings tussen sibbes in die gesin (in 30% van die deelnemergevalle), blyk die vorm van kompeterende gedrag aan te neem.

“Ja, soos hierdie gewegery tussen die twee. Ek het probeer sê kom ons weeg nie, kom ons probeer net gesond eet, as ons klere ons pas is dit reg, maar dit is vir haar (die maer sussie) die lekkerste ding om te sien sy tel nie gewig op, soos haar (oorgewig) sussie nie.”

Bespreking van die rol van die gesinsisteem ten opsigte van die psigososiale aspek

Die psigososiale aspek van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, word ook deur die gesin beïnvloed. Die leefstyl van die gesin beïnvloed die kind se gewig en die huislike omstandighede dra ook dikwels tot hierdie aspek by, soos die deur die ouers aangedui is. In disfunksionele gesinne word die kind se gewig veral negatief geraak (Rimm & Rimm, 2004:181). Slegs vyf gesinne eet aan tafel in die aande en een gesin het veral konflik tydens gesinsetes aangedui. Dit blyk ook dat ten minste twee ouers tot drie keer per week wegneem-etes koop. Die dieetkundige noem dat kinders ondervoed is, aangesien hul nie voldoende mikrovoedingstowwe per dag inneem nie. Navorsers bevestig dat ouers weens die gebrek aan tyd, ongesonde keuses maak (Jonides *et al.*, 2002:215; Pocock, 2009:347-248; Sullivan, 2004:26). Rimm en Rimm (2004:180) noem dat kinders in disfunksionele huise 'n positiewe leefstylverandering kan maak as daar 'n buitengewone oomblik of persoon is wat hulle bemagtig om beheer oor hul lewe te neem. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram kan hierdie positiewe leefstylverandering vir die kind bewerkstellig en gesamentlike, bewustelike gesinsetes tot voordeel van die kind se gewig bevorder.

Die ouers het aangedui dat al die kinders stres en spanning in die gesin ervaar. Trauma en stres in gesinne het verreikende gevolge. Sue *et al.* (2014:253-254), asook Puder en Munsch (2010:S37-S38) verwys na stres in die gesin wat met oorgewig geassosieer kan word. Deur te stres, of dit as gevolg van 'n fisiese besering of slegs 'n persepsie van stres is, word streshormone in die liggaam vrygestel. Kortisool word onder andere vrygestel wat met oorgewig of vetsug geassosieer kan word. Verder speel neurone in die hipotalamus 'n belangrike rol in die regulering van honger en versadiging. Indien hierdie neurone deur stres oorstimuleer word (Thompson, 2000:235), is dit moontlik dat dit tot aanhoudende

eet en vinnige gewigstoename kan lei (Kolb & Whishaw, 2014:430-431; Weiten, 2013:373).

Uit die data dui drie ouers aan dat onderlinge kompetisie, met betrekking tot hul gewig, tussen die kinders in die gesin voorkom. Onderlinge jaloesie en kompetisie tussen die kinders, veral vir die wedywering vir die ouers se aandag, moet nie onderskat word nie (Rimm & Rimm, 2004:183; Pocock *et al.*, 2010:347) en daarom moet die ouers die kinders begelei om gesonde, toepaslike eetgewoontes en gedrag te openbaar (Rimm & Rimm, 2004:184). Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet die ouer begelei en ondersteun om hierdie aspekte in die gesin te bevorder.

- **Die rol van die vriend-sisteem ten opsigte van die oorsaak-gevolg effek van oorgewig of vetsug, in die lewe van die kind**

Oor die algemeen word negatiewe verhoudinge met maats deur die ouers gerapporteer, ten opsigte van spot of diskriminerende gedrag tydens fisieke aktiwiteite. Soos reeds aangetoon, rapporteer ses (60%) ouers diskriminerende gedrag van maats teenoor die kind tydens fisieke aktiwiteite.

Die kinders (80%) word ook dikwels gespot en geviktimizeer as gevolg van hul gewig, dus boeliegedrag.

“Hulle het vir haar gesê sy is vet Sy het in die kar geklim die dag en sy het nie ’n woord gesê nie, sy het net in trane uitgebars. En sy vertel my toe van die seuntjie” En

“Die ander twee dogtertjies wat haar geboelie het was baie maer, verstaan jy (*sic*)”

Vier kinders (40%) probeer egter hul liggame gebruik om hulself te beskerm.

“Ek dink hulle weet hoe sterk is hy en ek dink hulle is nou meer versigtig om vir hom te sê vettie” en

“Sy sien die feit dat sy groter is, sien sy eintlik dat sy ouer is en dat sy eintlik nou groter en slimmer en die baas is.”

Bespreking van die rol van die vriend-sisteem ten opsigte van die psigososiale aspek

Die volgende ekosisteem wat die psigososiale aspek van die kind beïnvloed, is vriende. Die verhoudings met vriende word hoofsaaklik deur die ouers gerapporteer as spot, viktimisering en uitsluiting. Navorsers beskryf die konsep *ostrakisme* (verbanning) wat beide die ignorering en aktiewe uitsluiting van 'n persoon behels. Hierdie konsep het 'n groter emosionele impak op die kind as net bloot boeliegedrag (Harrist *et al.*, 2016:13). Harrist *et al.* (2016:13) bevestig dat oorgewig of vetsugtige kinders onpopulêre maats is deurdat hulle aktief afgekeur kan word of net nie baie vriende het nie (Choukas-Bradley & Prinstein, 2014:190). Hierdie aspek word ook in hierdie navorsing bevestig. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet dus nie net boeliegedrag nie, maar ook die voorkoms van ostrakisme hanteer. Dit blyk verder dat die kind sy liggaam se gewig of grootte as skild gebruik om hom teen die maats te beskerm, soos dit in die kwalitatiewe data weergegee is. Die skild kan egter negatief aangewend word. 'n Dieetkundige verwys na die skild of skerm.

“'n Vrou het as matriekdogter seksuele skade gekry en kan nou as 60 jarige nog nie sekere konsistensie kos eet nie, dan is sy oorgewig en dan is sy ondergewig. Die insident het 'n invloed op haar lewe gehad en sy het teenoor kos 'n assosiasie gemaak.” “Mense wat sê ek wil nie gewig verloor nie, want dan lyk ek aantreklik vir mans en ek wil nie aantreklik lyk nie, is baie keer gemolesteer.”

Hierdie skerm, fisiek of emosioneel, wat die kind rondom homself kan bou, word deur Bacon (2008:183) en Gabriel (2014:105-106) bevestig. Dit is dus belangrik dat die ouers die kind op emosionele vlak moet begelei om sodanige negatiewe gedrag van vriende teenoor die kind te kan hanteer. Die navorser lei af dat die kind eerder bemagtig moet word om emosioneel sterk te wees en selfgeldende gedrag te toon, sodat die kind homself op 'n emosionele vlak kan beskerm.

- **Die rol van die skoolsisteem ten opsigte van die oorsaak-gevolg effek van oorgewig of vetsug, in die lewe van die kind**

Die skool het 'n invloed op psigososiale ervarings van die kind en sluit fisieke aktiwiteite en lae skoolprestasies in.

Fisiese aktiwiteite van die kind in die skoolomgewing

Dit blyk uit die data, soos deur die ouers verskaf, dat die aanvang van die kinders se gewigstoename, onder andere as baba of met die aanvang van formele skoolonderrig gepaard gegaan het. Vier (40%) van die ouers het aangetoon dat die kinders tussen Graad R en Graad 1 gewig opgetel het en twee (20%) ouers het aangetoon dat die gewigstoename in Graad 2 begin het. Die kinderkinetikus het hierdie verskynsel bevestig en aangetoon dat die toename in gewig wel voorkom as die kind skool toe gaan en daar dus 'n verandering in die leefstyl kom. Wanneer die kind die skoolfase betree, word daar van hom verwag om rustiger te word en 'n groot deel van die dag moet die kind stil agter 'n lessenaar sit.

Deelnemers wat die ouers (40%), dieetkundige en bio- en kinderkinetikus insluit, het aangetoon dat die skool nie genoeg geleentheid vir die kind bied om aan fisiese aktiwiteite deel te neem nie.

Ouer: "Daar is net een netbalspan by die skool, so almal kan nie plek kry nie, so sy het nie plek gekry nie, so daar is baie min (sport) geleentheid in die skool."

Die biokinetiese, die dieetkundige en 'n mediese dokter van Suid-Afrika, het die verantwoordelikheid van die skool ten opsigte van hierdie fenomeen uitgelig.

"... jy kan (deur die vak Liggaamlike Opvoeding) op skool vir hom die basiese beginsels van oefeninge en 'n gesonde leefstyl aanleer. Omdat jy vir hom 'n liefde kweek en hom dit wys kan hy op sy eie gaan en dit begin oefen." en verder "Die Onderwysdepartement moet hierdie probleem aanspreek."

Een ouer (10%) dui hul bekommernisse ten opsigte van die veiligheid van die kinders in die omgewing aan, wat hul fisiese aktiwiteite inhibeer.

"Jy wil nie jou kind alleen met 'n fiets laat skool toe ry of laat stap nie."

Lae skoolprestasie van die kind (deursettingsvermoë en perfeksionisme)

Die helfte van die ouers (50%) het aangetoon dat hul kinders op skool onderpresteer. Een ouer (10%) het aangetoon dat die kind min deursettingsvermoë toon.

“Sy presteer definitief onder en ek dink dit gaan saam met die (swak) deursettingsvermoë.”

Drie ouers (30%) het aangetoon dat hul kinders 'n geneigdheid tot perfeksionisme toon. Die kinders sal werk herhaaldelik doen sodat alles perfek reg is en een ouer het aangetoon dat die kind ontsteld raak as sy nie die ouers kan “*please*” nie.

“Sy doen altyd haar werk meer as deeglik en ... as sy voel dis nie goed genoeg nie dan begin sy klaar te stres.” En “... sy hou maar net aan en aan totdat dit reg is.”

Bespreking van die rol van die skoolsisteem ten opsigte van die psigososiale aspek

Die kind beweeg ook binne die skoolsisteem wat 'n invloed op die liggaamsgewig blyk te hê. Die kinderkinetikus het aangetoon dat fisieke aktiwiteite met die aanvang van formele skoolonderrig verminder, aangesien die kind vir lang ure stil agter 'n lessenaar moet sit. Hierdie leefstylverandering blyk volgens die ouers 'n negatiewe invloed op die kind se gewig te hê. Skole bied volgens die ouers, die dieetkundige en die bio- en kinderkinetikus nie genoeg geleenthede vir fisieke aktiwiteite vir die al die kinders in die skool nie. In die literatuur word daar aangedui dat sport by die skool soveel as moontlik kinders moet betrek en daar moet op die ontwikkeling van vaardighede gefokus word en nie net op die wen van die sport nie (Papalia *et al.*, 2009:338). Die fiksheidsprogramme by skole moet van so 'n aard wees dat dit lewenslange fisieke aktiwiteite aanmoedig, byvoorbeeld aktiwiteite soos tennis, swem, hardloop en gholf wat tot op 'n hoë ouderdom volgehou kan word en volgens die biokinetikus 'n liefde vir sport by die kind kweek.

Die veiligheid van die kinders blyk fisieke aktiwiteite te inhibeer, soos een ouer aangetoon het. Swinburn en Egger (2008:186) asook Pocock (2009:349) bevestig dat ouers weens veiligheidsredes hulle kinders verhoed om buite te speel, te stap of fiets te ry. Vrees en bekommernisse oor die veiligheid van die omgewing

verhinder kinders om vrylik in die woonbuurt te beweeg en sodoende word hul ingeperk tot erwe of huise (Giles-Corti *et al.*, 2010:137; Grundy, 2008:471). Hierdie aspek moet volgens die navorser binne die gemeenskap as sisteem hanteer word.

Lae skoolprestasies blyk by die helfte van die kinders voor te kom. Een ouer (10%) noem dat 'n lae vlak van deursettingsvermoë by die kind voorkom wat tot onderprestering kan lei. In teenstelling met die onderprestering, word perfek-sionistiese gedrag getoon. Drie ouers (30%) dui perfek-sionisme aan. Die drang na perfek-sie kan egter tot moedeloosheid lei waar die kind voel hy kan niks goed genoeg doen nie (Rimm & Rimm, 2004:180). Hierdie tipe gedrag kan egter dan later tot onderprestering lei (Rimm & Rimm, 2004:3). Die onderwyser kan volgens die navorser veral die ouer en kind in hierdie opsig bystaan.

4.10.2 Hooftema 2: 'n Holistiese Maatskaplikewerk-ondersteunings-program

In hierdie afdeling van die hoofstuk word spesifiek die holistiese maatskaplike-werk-ondersteuningsprogram in terme van die subtemas bemarking, aanbieding en inhoud, soos uit die data-ontleding geïdentifiseer, bespreek. Dit is van belang om nie net die oorsaaklikheidsfaktore en die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme te identifiseer nie, maar ook om vas te stel of die ouers en kundiges spesifieke idees en gedagtes aangaande die holistiese maatskaplike-werk-ondersteuningsprogram het, aangesien hierdie fenomeen baie sensitief van aard is. Die data is hoofsaaklik van die kundiges wat aan die navorsing deelgeneem het, verkry. Die ouers, as deelnemers, het soms hul verwagtings en voorkeure vir die program weergegee wat in die data ingesluit is. Die empiriese data en die literatuurstudie sal geïntegreerd in Hoofstuk 5 weergegee word, waar die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram volledig ontwikkel en bespreek word.

4.10.2.1 Die bemarking van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die bemarking behels grootliks die inhoud van die advertensie vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram.

- **Die inhoud van die advertensie**

’n Mediese dokter en die kinderkinetikus, het aangetoon dat die advertensie sensitief aangebied moet word en dat daar eerder op die welstand gefokus moet word as op die oorgewig of vetsug waaraan ’n stigma kleef.

“Mens moet dit nie adverteer as obesiteit lesse nie, die oomblik as die kind agterkom hy gaan vir obesiteit lesse dan is dit vir hom ’n vreeslike ding. Dit is hoekom ons praat van die welstandslesse.”

Die mediese dokter van Australië het aangevoer dat veldtogte deur die media bevorder kan word soos in Australië, met Devices Down, Walk to School – veldtogte. ’n Mediese dokter van Suid-Afrika het aangevoer dat ’n eenvoudige boodskap wat dikwels herhaal word, byvoorbeeld “*Have a treat now and then*” gevind moet word. ’n Gelukbringer (“mascot”) kan ook hierdie boodskap uitdra. Verder dui die mediese dokter en voedseladviseur aan dat daar op advertensies vir “*real food*” gefokus moet word en dat voedseladvertensies dikwels misleidend is. Die dieetkundiges en voedseladviseur is van mening dat die aankoop van voedsame, bekostigbare voedsel bevorder moet word.

“Leer die moeder om die inkopies te doen en die etikette te lees” en
“Wat jy koop moet geëet kan word, voedsaam en bekostigbaar” asook
“Die meeste ouers en kinders kom uit lae sosio-ekonomiese klas –
gesonde kosse is vir hulle baie duur.”

Bespreking van die inhoud van die advertensie

Die advertensie moet met groot sensitiwiteit aangebied word, dus nie veroordelend nie. Die fokus van die advertensie moet op die positiewe welstand van die kind wat bevorder moet word, fokus. ’n Positiewe aanslag moet dus gevolg word. Die navorser ondersteun veldtogte soos in Australië wat aangepak kan word wat die kind se gesondheid en bekostigbare, voedsame voedsel bevorder. Die kind moet met die boodskap van die veldtog kan identifiseer, daarvoor kan ’n gelukbringer (“mascot”) gebruik word. Volgens die navorser moet die holistiese span sensitief vir negatiewe advertensies wees.

4.10.2.2 Aanbieding van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die aanbieding van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram het drie subtemas uitgelig, naamlik die sisteme waarbinne die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangebied moet word; die spanbenadering wat gevolg moet word; en die aspekte wat in die program teenwoordig moet wees.

- **Sisteme waarbinne die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangebied moet word**

Die ouers en die kinderkinetikus het aangetoon dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram op individuele vlak met die kind (40% van die ouers) en in groepsverband met kinders (20% van die ouers) wat dieselfde probleem ervaar, naamlik die leef met oorgewig of vetsug, aangebied moet word. Die voedseladviseur, dieetkundige, onderwyser, kinderkinetikus, bio-kinetikus, mediese dokter en die maatskaplike werker het aangetoon dat 'n gesinsbenadering gevolg moet word, eerder as om net op die kind as individu te fokus. Die kind moet by alle besluitnemingsprosesse betrek word. Die mediese dokter noem:

“Involve (sic) die kind in kosblikbeplanning, involve (sic) die kind met wat eet ek vir middagete ...” en

“Daar moet 'n plan opgestel word en ek dink die kind van 'n sekere ouderdom, ongeveer 8-9 jaar, moet betrek word. Ek kry meer met hulle uitgewerk as ek hulle betrek by die besluitnemingsproses.”

Die kind moet volgens sy ouderdom bemaagtig word om verantwoordelikheid vir sy omstandighede te neem.

Die dieetkundige meen “Die ma moet baie betrokke wees, maar van 10 jaar leer sy(Ma) hulle om self die etikette te lees, want Ma is nie altyd daar nie.”

- **Spanbenadering wat gevolg moet word in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Die mediese dokters van Suid-Afrika en Australië is veral van mening dat konsultasies met die oorgewig of vetsugtige kind langer en moeiliker konsultasies is.

“Die konsultasies van hierdie persone is lang konsultasies en baie moeilike konsultasies”

Die dieetkundige verwys na die geduld wat met pasiënte geopenbaar moet word.

“In tydskrifte word daar ook baie geskryf dat dieetkundiges is deel van die sondebokke wat mense verkeerd hanteer. Wat self nie geduld met oorgewig het nie, dit is nie so maklik om (oorgewig of vetsug) te hanteer nie.”

Daar is wel aangedui dat dokters in Australië finansieel vergoed word deur die staat indien daar 'n *Healthy Kids Checks (op 4 jaar en 10-12 jaar)* op 'n kind uitgevoer word en so word probleemsituasies, byvoorbeeld oorgewig of vetsug, vroegtydig ondervang en hanteer. Die algemene praktisyn in Australië kry ook ondersteuning deur 'n webbladsy wat algemene riglyne vir die hantering van die fenomeen bied.

Die dieetkundige, die mediese dokter, die sielkundige en die bio- en kinderkinetikus, dui aan dat 'n verskeidenheid van professionele persone by die hantering van die fenomeen betrokke moet wees. Hulle meen die span moet uit 'n mediese dokter, 'n bio- en/of kinderkinetikus, 'n sielkundige, 'n dieetkundige, 'n voedseladviseur en die skool/onderwysers bestaan. Slegs die dieetkundige en die bio- en kinderkinetikus het spesifiek die maatskaplike werker se betrokkenheid beklemtoon. Elke professionele persoon se spesifieke hanteringstrategieë moet benut word, die dieetkundige dui aan:

“'n Spanbenadering is die enigste manier. Mens kan nie so in isolasie werk nie. Die dieetkundige gee net die dieet en die sielkundige hanteer net dit en dan is daar iewers 'n oefenkundige wat bietjie oefeninge gee, maar die ideaal is as mens in 'n groep heen en weer kan verwys. Hulle het dit al in 'n mate vir diabetes. Die pasiënte gaan tussen die groep

heen en weer en hulle help almal en het 'n gesamentlike doel en hulle verstaan mekaar se werk. Mens moet dit begin kry vir oorgewig ook.”

- **Elemente wat in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram teenwoordig moet wees**

Vanuit die data-ontleding is die volgende elemente geïdentifiseer wat in die program teenwoordig moet wees:

Die program moet op so wyse saamgestel word dat dit nie deur onpraktiese voorstelle meer druk op die ouer plaas nie.

“Mens moet pasop (*sic*) dat die druk op die ma nie erger gemaak word, deur onpraktiese voorstelle nie.”

Die positiewe elemente van die behandeling moet gebalanseerd aangebied word.

“Ek sal eerder sê dit moet gaan oor gesonde gewoontes rondom eet, as gewigsverlies.”

Die kind moet deurlopende motivering en erkenning ontvang deur op suksesse te fokus.

“Verduidelik in die eerste besoek dat dit 'n lang proses is, want die skade aan die liggaam moet reggestel word.” en dan verder “Fokus meer op ander suksesse as op die dieet self.”

Die sukses van die program is aan die opvolg gekoppel. Die program moet verder op 'n ontspanne, speelse wyse aangebied word en die kind moet nie uitgesonder voel nie.

“Jy kan nie net elke tweede les opdaag nie, jy moet elke les kom en in die lesse fokus ons baie op uithou en deurdruk. Ons maak die vir hulle lekker en ons speel maar tog moet hulle leer.”

Die vetpersentasie moet in ag geneem word en die middelmaat moet gemeet word. Die gewig op die skaal moet nie as 'n maatstaf gebruik word nie.

“Werk op die vetpersentasie en los die skaal. Die middelmaat moet gemeet word. Moet nie oor die gewig bekommerd wees nie, 1cm groei is 1kg. Leer die kinders om hul liggaam te ken.”

Daar kan gelyklopende programme wees, byvoorbeeld dié van kinderkinetika (fisieke oefeninge) en terselfdertyd die maatskaplike ondersteuning vir emosionele en psigososiale probleme.

“Julle is letterlik (*sic*) die mense wat half gelyklopend (*sic*) saam met die kinderkinetikus en die kind moet werk.”

Die probleem kan ook in skole ondervang word.

“Daar is nou ‘n program wat genoem word, *Integrated School Health Program*, dit is in distrikte en sommige distrikte begin ook na die kinders in die skole wat oorgewig is, te kyk (*sic*).”

Bespreking van die aanbieding van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die aanbieding van die program moet volgens die kundiges die verskeie sisteme en ‘n spanbenadering insluit. Die sisteme waarna die kundiges verwys behels grootliks die gesin- en skoolsisteem en nie net die kindsisteem nie. Die fenomeen moet dus ook binne die gesinsverband en in die skool hanteer word. Die kind moet by al die besluitnemingsprosesse betrek word sodat hy verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid kan neem. Die voorafgaande data het aangetoon dat die mediese dokter meen dat indien die kind meer by die besluitnemingsproses betrek word, meer samewerkende gedrag by die kind ervaar word.

‘n Spanbenadering moet gevolg word by die aanbieding van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Drie kundiges, die mediese dokter van Suid-Afrika, die mediese dokter van Australië en die maatskaplike werker, het aangetoon dat die konsultasies met oorgewig of vetsugtige kinders lang en moeilike konsultasies is weens die sensitiwiteit van die fenomeen. Die nodige ondersteuning moet dus aan die holistiese spanlede gebied word met genoegsame hulpbronne en riglyne aangaande die onderskeie spanlede se verantwoordelikhede. ‘n Goeie voorbeeld hiervan is die hulpbronne soos deur die

mediese dokter van Australië aangedui. Dit kan ook bydra dat die verskeie professies se hanteringstrategieë tot voordeel van die kind aangewend word.

Verskeie aspekte moet in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram teenwoordig wees sodat die program meer toeganklik is en die behoefte en probleme op 'n sinvolle, konstruktiewe wyse hanteer word. Samevattend stel die navorser dat die aspekte van die program positief aangebied moet word en dat die ouer en kind nie diskriminasie of vernedering ervaar nie. Die navorser is verder van mening dat daar oop kommunikasiekanale, byvoorbeeld deur e-posse en gereelde paneelvergaderings tussen die holistiese spanlede moet bestaan wat deur die maatskaplike werker gefasiliteer word. Die holistiese spanlede moet ook hul onderskeie vaardighede vroegtydig verklaar sodat daar nie onnodige duplisering tydens behandeling plaasvind nie. Die onderskeie aspekte wat deur die data uitgelig is, moet met die ontwikkeling van die program in ag geneem word (verwys na par. 4.10).

4.10.2.3 Inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die inhoud word aan die hand van die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte weergegee. Hierdie data is hoofsaaklik van die kundiges bekom, maar die ouers het soms ook opmerkings ten opsigte van die inhoud van die program gemaak. Die data wat bekom is, word in Hoofstuk 5, tesame met die literatuurstudie aangewend om die volledige holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te ontwikkel.

- **Fisiese aspek met betrekking tot die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Die inhoud van die program vanuit die fisiese aspek sluit die volgende subtemas in: die verhoging van fisieke aktiwiteite, die inagneming van die biologiese en genetiese agtergrond van die kind, en die bepaling van die eetgewoontes van die kind.

Verhoging van fisieke aktiwiteite

Die biokinetikus en kinderkinetikus dui aan dat 'n verskeidenheid van fisieke aktiwiteite vir die kind aangemoedig moet word wat lewenslank volhoubaar is.

“Ons sal byvoorbeeld die kinders vat net om te gaan stap in die natuur en in die parkie, want jy wil hulle bietjie leer van ’n lewenslange (*sic*) fisiese aktiwiteit. Dit is wat ons wil doen. Dit help nie hulle oefen by die tannie en as hulle klaar geoefen het en hulle het 20kg verloor, begin hulle dit net weer op te tel nie. Dit is ’n lewenslange ding (*sic*).”

Die kinderkinetikus en die maatskaplike werker meen dat daar ’n baie negatiewe konnotasie aan die woord ‘oefening’ kleef en daarom moet die woord met ‘beweging’ vervang word. Die kinderkinetikus dui aan dat waterterapie ’n groot voordeel vir kinders wat met oorgewig of vetsugtige leef, kan inhou.

“Hulle hou niks van die woord oefeninge nie, ek gebruik ook nie die woord met hulle nie. Ek praat van beweging.”

Inagneming van die biologiese en genetiese agtergrond van die kind

Die mediese dokters en ’n dieetkundige dui aan dat die mediese agtergrond en familiegeskiedenis van die kind verkry moet word om effektiewe behandeling te bied.

“Ouers is ’n voorbeeld vir hulle kinders, ouers is dikwels ook oorgewig en daarom is die kind oorgewig.”

“Meestal is een van die ouers oorgewig en gewoonlik is dit die ma”.

“Die medikasie wat kinders drink neem toe.”

“Die kind se gesondheid neem af en diabetes verhoog, asook hartsiektes.”

Bepaling van die eetgewoontes van die kind

Ten opsigte van eetgewoontes, word die volgende voorstelle deur ’n mediese dokter, ’n dieetkundige, ’n maatskaplike werker en ’n voedseladviseur gemaak:

Riglyne vir gesonde eetgewoontes moet verskaf word.

“’n Mens moet vir die ouers die basiese beginsels leer” en

“Hulle is regtig verbaas dat die kind sekere goed nie mag eet nie. So dit is ’n groot deel van oningelig wees (*sic*).”

Die kinders kan deur kookklasse aangespoor word om gesonde voedsel voor te berei. Die kind kan ook betrokke wees by kosblikbeplanning, soos reeds aangetoon is (kyk par. 4.10.2.2.i).

Geen kitsdiëte moet aanbeveel word nie. Veranderinge in die eetpatroon en tipe voedsel moet van so 'n aard wees dat die kind nie in die groep uitstaan nie. Die kind moet lief word vir gesonde voedsel en mag nooit uitgehonger voel nie.

“Ek het nog nie 'n kind suksesvol op dieet gesien nie. Tree eerder proaktief op. Dis emosioneel vir kind om op dieet te wees. Die feit dat hulle op 'n dieet is, is vir hulle meer emosionele trauma as die hele oorgewig ding. Die kind hoor daar is iets fout met my. Dit is baie sleg vir die kinders om vir hul maats te sê dat hulle op dieet is.”

Daar moet op die vervanging van sekere voedsel gefokus word en nie op die weglating van voedsel nie. Gebalanseerde eetpatrone moet bevorder word “*Close to nature and everything in moderation.*” Die mediese dokter van Australië beveel 'n dagboek van die kind se voedsel-inname aan wat deur die moeder van die kind ingevul word. 'n Maatskaplike werker, beveel egter aan dat die dagboek nie op voedsel moet fokus nie, maar op die emosionele ervarings en die bewusmaking van emosies.

“'n *Foodjournal (sic)* is belangrik, want kyk hulle lewe net in hulle koppe. So (*sic*) hulle moet begin bewus raak van wat hulle eet en dat dit 'n invloed op hulle lewe het. Maar amper net *awareness (sic)* – hulle eet 'n hele pakkie lekkers of drie en hulle is nie bewus daarvan nie. Hulle hou niks van die *foodjournal (sic)* nie. En hulle skryf ook nie altyd alles nie...ek kyk of ek nie hulle emosies by die *foodjournal (sic)* kan uitbring nie, maar dis baie, baie moeilik.”

- **Emosionele aspek ten opsigte van die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Die emosionele aspek sluit die hantering van viktimisering, die opbou van die selfbeeld, die beleving van trauma, die bevordering van selfregulering en emosionele regulering, asook die geestelike aspek in.

Hantering van viktimisering en negatiewe kritiek wat tot vernedering lei

Ten opsigte van viktimisering en negatiewe kritiek of druk wat ervaar kan word, is die maatskaplike werker van mening dat die gesin ook moet beseef dat die samelewing baie druk plaas wat terugval na ou gewoontes tot gevolg het. (Verwys ook in hierdie verband na par. 4.10.1.2).

Opbou van die selfbeeld

'n Goeie selfbeeld en 'n gesonde liggaamsbeeld moet bevorder word deur liggaamsontevredenheid te hanteer. 'n Maatskaplike werker dui die opbou van die selfbeeld as volg:

“Ek begin meer op die selfbeeld, om die kind die ‘boost’ (*sic*) te gee, om te kan sê ek kan. Ek kan hierdie probleem aanspreek (*sic*). Ek wil dit doen. Sodra jy 'n kind het om te sê ek wil dit verander, dan gaan hulle baie keer op hulle eie aan.”

Belewing van trauma

Trauma in die kind se lewe met betrekking tot al die sisteme waarbinne die kind leef, moet geïdentifiseer en hanteer word (Kyk par. 4.10.1.2).

Bevorder selfregulering

Dissipline en selfregulering moet hanteer word. Die kind is gefokus op onmiddellike bevrediging van behoeftes wat tot nadeel van die kind is.

“Daar is net nie orde nie, daar is nie grense nie...en dan moet ons hulle help om grense te stel.”

Bevorder emosionele regulering

Daar moet aandag aan die emosionele ervarings van die kind geskenk word deur die bewuswording van emosies. Hiervoor kan die dagboek aangewend word, soos reeds bespreek is (kyk par. 4.10.2.3.i). Die kind moet bemagtig word om negatiewe opmerkings en kritiek te hanteer. Die emosionele impak van oorgewig of vetsug op die kind se lewe moet aandag geniet. Negatiewe denkpattre van die kind en die ouer moet hanteer word.

Skenk aandag aan die geestelike aspek

'n Maatskaplike werker dui aan dat die geestelike komponent van die kind se lewe nie agterweë gelaat moet word nie.

“Ek dink dit is maar die terreine soos fisies, emosioneel en dan sal ek ook kyk na spiritualiteit. Dit voel vir my of mens holisties na hulle moet kyk, mens kan nie net na een aspek kyk nie.”

- **Die psigososiale aspek ten opsigte van die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Die psigososiale aspek word volgens die ouer-, gesin- en skoolsisteme aangebied. Hierdie data is afkomstig van die kundiges in die navorsing.

Verantwoordelikhede van die ouers

Die mediese dokter van Australië meen dat dit 'n uitdaging is om die kind en ouer te motiveer om aan 'n program deel te neem. Vanuit die data-ontleding is die volgende aspekte deur die kundiges geïdentifiseer wat betrekking het op die ouers se verantwoordelikheid in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die data word opsommend as volg gestel en is alreeds in vorige temas met narratiewe begrond (kyk par. 4.10.1.3):

- Ouers moet die nodige leiding ontvang ten opsigte van die toepassing van gesonde eetgewoontes en die hantering van uitdagende situasies wat in die gesin mag ontstaan.
- Die ouers se ingesteldheid moet positief wees.

“Die gesin moet 'n oop kombuis (*sic*) hê en die kind moet 'n positiewe assosiasie met kos hê.”
- Die ouers se onsekerheid om negatiewe emosionele gedrag in die gesin te hanteer, moet aandag geniet. Die ouers moet die nodige leiding ontvang om die kind teen spot en boelie gedrag by die skool te bemagtig. Die program moet elemente van opvoeding en ondersteuning deur ouerleiding insluit en ontspanne gesinstye bevorder.

“Ouerleiding. Ouers moet leiding kry. Ouers weet gewoon nie.”
- Ouers moet bewus wees van hul bydrae tot die ontwikkeling van liggaams-ontevredenheid by hul kinders.

- Die ouers moet leer om vir die kind leiding te gee, aangesien die professionele persoon net vir 'n tydelike periode by die gesin betrokke is.
- Die ouers moet saam met die kind 'n leefstylverandering maak deur gesonder voedsel te eet en meer aktief te wees.
- 'n Ouerskapstyl of gehegtheid tussen die ouer en kind, wat nie bevorderlik is vir die kind nie moet hanteer word. Hierdie aspek sluit die toesig en beheer, asook die toepassing van dissipline deur die ouer in.

Die verantwoordelikheid van die ouers word in die volgende narratief saamgevat en benadruk.

“Die hele gesin moet gesond eet. Die doel is om die kind te leer, om self verantwoordelikheid vir sy gedrag te neem. Ouers moet betrokke wees, want hulle gaan vir altyd by die kind wees en die adviseer (*sic*) net vir 'n paar weke.”

Verantwoordelikhede van die gesin

Die psigososiale komponent sluit die sisteem van die gesin in. Oorgewig of vetsug is dikwels 'n gesinsprobleem en nie net beperk tot die individu nie (Bruss *et al.*, 2003:1042; Damiano *et al.*, 2015:7-8; Farrow *et al.*, 2015:908; Gruber & Haldeman, 2009:1-2; 5; Wansink & Van Kleef, 2014:E91-E92).

“Oorgewig is definitief 'n gesinsprobleem en gewoonlik as jy die kind sien dan is een of albei die ouers ook oorgewig.”

Die gesin kan die voorbereiding en aankoop van gesonde voedsel en gemaklike, ontspanne gesinsetes saam bevorder. Waar nodig kan gesinsterapie aangebied word om psigososiale probleme, soos stres in die gesin, te voorkom en te hanteer. Viktimisering en stigmatisering, asook ander afbrekende gedrag in die gesin moet geïdentifiseer en hanteer word.

“... werk met die hele gesin en haal fokus van die kind af. Die gesin moet bereid wees om saam te werk.”

Verantwoordelikhede van die skool

Die sielkundige, die bio- en kinderkinetikus, die onderwysers, die dieetkundige, die mediese dokter van Australië en die mediese dokters van Suid-Afrika toon aan dat die skool 'n verantwoordelikheid ten opsigte van die psigososiale aspek van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram het. Die kind kan deur die skool aangemoedig word om aan ekstrakurrikulêre fisieke aktiwiteite deel te neem deur 'n verskeidenheid sportsoorte daar te stel wat nie net op kompetisie gerig is nie. Die skool het ook die verantwoordelikheid om onderprestering te identifiseer en te hanteer. Oorgewig of vetsug kan veral binne die skoolomgewing op 'n sensitiewe wyse geïdentifiseer word. Die nodige leiding en inligting kan aan die kind en ouer verskaf word. Die liggaamlike opvoedingsklasse kan die kind aanmoedig om positief te wees oor fisieke aktiwiteite (Kyk par. 4.10.1.3.iv).

Bespreking van die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram

Die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram sluit die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte in. Die fisiese aspek van die program sluit onder andere die verhoging van fisieke aktiwiteite in. Die fisieke aspek moet so aangebied word dat dit die verbintenis tot lewenslange fisieke oefening bevorder (Papalia *et al.*, 2009:338; De Ridder & Coetzee, 2013:246-248). Die biokinetikus en maatskaplike werker dui aan dat die fokus op beweging moet wees en nie op oefeninge as sulks nie wat 'n negatiewe konnotasie het. Die biologiese en genetiese determinante van die kind moet deur die mediese dokter, dieetkundige en maatskaplike werker bepaal word deur die insameling van mediese inligting en familiegeskiedenis van die kind (Bocca *et al.*, 2014:965-967; Farris *et al.*, 2011:13; Ludwig, 2007b:20-39). Hierdie inligting sal die behandeling van die kind wat met oorgewig of vetsug leef beter rig. Die swak eetgewoontes van die kind moet deur die dieetkundige hanteer word en daar word verskeie voorstelle en riglyne deur die kundiges gemaak. Hierdie riglyne kan ook deur die ander lede van die holistiese span benadruk word. Samevattend moet gesonde, gebalanseerde eetgewoontes bevorder word, waarby die kind se betrokkenheid en deelname tot besluitneming van belang is (Wansink & Van Kleef, 2014:E94).

Die emosionele aspek van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram sluit hantering van viktimisering en negatiewe kritiek, die opbou van die selfbeeld, beleving van trauma, bevordering van selfregulering en

emosionele regulering in, asook die bevordering van die geestelike aspek, soos deur die kundiges geïdentifiseer. Die hantering van die emosionele behoeftes en probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, moet nie agterweë gelaat word nie en moet binne die ekosistemiese teorie hanteer word. Die maatskaplike werker wat binne die ekosistemiese benadering werk, moet die nodige ondersteuning en leiding aan ouers en die kind bied sodat die kind 'n optimale, sinvolle lewe kan lei en sukses behaal. Die maatskaplike werker moet dus in die beste belang van die kind optree en die emosionele aspek van hierdie fenomeen voorkom en hanteer of die nodige verwysings maak (Lawrence, 2010:309). Die maatskaplike werker verwys die kind na die sielkundige indien nodig. Die sielkundige bied leiding aan die kind soos wat dit nodig blyk te wees. Die terreinafbakening tussen die maatskaplike werker en sielkundige is wel nodig, om die duplisering van behandeling te voorkom en om die kind optimaal by te staan.

Die psigososiale komponent van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram word aan die hand van die ouers-, gesin- en skoolsisteme aangedui. Die ouers speel 'n belangrike rol in die hantering van die kind wat met oorgewig of vetsug leef. Die ouer het nie alleen die verantwoordelikheid om toe te sien dat die kind optimaal funksioneer nie, maar het ook die verantwoordelikheid om die kind na optimale funksionering te lei. Die mediese dokter van Australië meen dat dit 'n uitdaging is om die kind en ouer te motiveer, maar meen die ouers is 'n voorbeeld vir hul kinders. Die ouer is dikwels oorgewig en daarom is die kind ook oorgewig. Die maatskaplike werker kan dus die ouer bewus maak van sy gedrag en die nodige ondersteuning en leiding aan die kind en ouers bied. 'n Geborge gehegtheid is volgens die navorser veral van belang aangesien so 'n verhouding tussen die kind en ouer, volgens die literatuur meer selfvertroue, beter emosionele en sosiale vaardighede, en 'n motivering om suksesvol te wees by die kind ontwikkel (Berk, 2012:278; Louw & Louw, 2014:145). Oorgewig of vetsug is dikwels nie net tot die individu beperk nie, maar die hele gesin word daardeur geraak. Die gesin kan veral 'n groot bydra lewer deur die positiewe hantering van die probleem. Gesinsterapie, indien nodig, kan toegepas word waar stres, viktimisering, stigmatisering en afbrekende gedrag aangespreek kan word. Die gesin is die kern van die samelewing en die kind moet binne sy gesinsomstandighede die geleentheid gebied word om sonder enige afbrekende

opmerkings optimaal te funksioneer (soos daar na verskeie emosionele aspekte in die oorsaak-gevolg-afdeling verwys is). Die navorser meen dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram die kind binne die gesin moet toerus om moeilike omstandighede op skeppende wyses te hanteer, om sodoende die vermoë te ontwikkel om buite die gesin alledaagse omstandighede suksesvol te hanteer. Die maatskaplike werker het 'n groot rol om die negatiewe gesinsverhoudings te identifiseer en te hanteer om sodoende moontlike optimale funksionering van die kind te bevorder.

Die skool word ook as 'n belangrike komponent aangedui vir die hantering van oorgewig of vetsug. Die skool is die natuurlikste omgewing waar voedsel en fisieke oefening beïnvloed kan word (Swinburn & Egger, 2008:186). Die skool kan volgens verskeie navorsers 'n groot rol speel in die opvoeding van die kind in terme van die voedingswaarde van voedsel, eetgewoontes, verhoogde aktiwiteitsvlakke en om die nadele van te veel passiewe televisie kyk te hanteer (Farris *et al.*, 2011:12; Fialkowski *et al.*, 2014:2267; Harrist *et al.*, 2016:2; Swinburn & Egger, 2008:186). Die biokinetikus en mediese dokter van Australië het aangevoer dat die kind binne die skoolomgewing aangemoedig moet word om aan buitekurrikulêre fisieke aktiwiteite deel te neem. Die skool kan ook die gevolge van die fenomeen soos onderprestering, viktimisering en stigmatisering identifiseer en die nodige stappe neem om hierdie emosionele aspekte te hanteer en te voorkom.

4.11 Samevattend

Die voorafgaande hoofstuk het die empiriese gegewens van die navorsing weergegee. Die bevindinge is verkry deur middel van onderhoude met 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Onderhoude is met tien ouers en vyftien kundiges op die gebied van oorgewig of vetsug of kinderontwikkeling gevoer. Die data-ontleding het twee hoofemas met subemas behels. Die eerste hoofema is die oorsaak-gevolg-effek van oorgewig of vetsug, met die subemas as onderskeidelik die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte van die kind. Die subtema, fisiese aspekte, sluit die genetiese oorsake, biologiese oorsaak-gevolg, eetgewoontes, fisieke voorkoms, en fisieke aktiwiteite van die kind in. Die subtema, emosionele aspekte, behels trauma wat ervaar is, die vernederende

ervarings wat die kind beleef, ervaring van stigmatisering, en die toepassing van selfregulering en beheer, asook die beleving van die selfkonsep by die kind in. Die derde subtema, die psigososiale aspek van hooftema een, behels die ouers, gesin, vriende en skool. Die ouers word beskryf volgens die ouers se siening van die fenomeen, die betrokkenheid en toesig van die ouers, afbrekende of negatiewe gedrag van die ouers teenoor die kind, oorbeskerming van die ouers, en nabootsing van die ouers se gedrag. Die gesin word beskryf in terme van hul leefstyl en trauma en stres in die gesin. Die vriende sluit die portuurgroepverhoudings in. Laastens word die skool in terme van fisieke aktiwiteite in die skoolomgewing en lae skoolprestasie van die kind beskryf.

Die tweede hooftema is die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram, met die bemaking, aanbieding en die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram as subtemas. Die bemaking sluit die inhoud van die advertensie in. Die aanbieding en inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram behels die sisteme waarbinne die program aangebied moet word, die spanbenadering wat gevolg moet word, en die aspekte wat in die program teenwoordig moet wees. Die inhoud van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram behels die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte. Die fisiese aspek sluit die verhoging van fisieke aktiwiteite, inagneming van die biologiese en genetiese agtergrond van die kind, en die bepaling van die eetgewoontes van die kind in. Die emosionele aspek van die inhoud van die program behels die hantering van viktimisering en negatiewe kritiek, die opbou van die selfbeeld, die beleving van trauma, en die bevordering van selfregulering en emosionele regulering. asook die geestelike aspek. Die psigososiale aspek beskryf die verantwoordelikheid van die ouers, die gesin en die skool.

Die gegewens is gekorreleer met die inligting wat vanuit die literatuurstudie verkry is. Hieruit is bevind dat 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die hantering van oorgewig of vetsug by die kind in sy middelkinderjare nodig is en in Hoofstuk 5 sal hierdie holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram, wat vanuit die kwalitatiewe bevindinge en literatuurontleding van Hoofstuk 2 en 3 ontwikkel is, weergegee word.

5. HOOFSTUK 5: 'N HOLISTIESE MAATSKAPLIKWERK-ONDERSTEUNINGSPROGRAM WAT DIE BEHOEFTE EN/OF PROBLEME VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE WAT MET OORGEWIG OF VETSUG LEEF, HANTEER

5.1 Inleiding

In die voorafgaande hoofstukke is die teoretiese begroning en noodsaaklikheid van 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram uitgewys. Die empiriese data in die voorafgaande hoofstuk het aangetoon dat daar by die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, sekere negatiewe fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes bestaan wat nie in die beste belang van die kind is nie (Children's Act 38 of 2005 as amended) en die positiewe uitleef van bogenoemde aspekte inhibeer. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram se fokus is dus om deur 'n volledige assessering en hantering van die probleem en/of behoeftes, die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, tot 'n moontlike optimale en suksesvolle lewe te lei wat die beste belang van die kind bevorder. In hierdie hoofstuk word daar gepoog om vanuit die literatuurstudie en die empiriese bevindinge 'n praktiese, bruikbare, holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daar te stel om kinders wat met oorgewig of vetsug leef deur 'n holistiese spanbenadering te ondersteun, sodoende word die derde navorsingsdoelwit bereik. Die spanbenadering sluit onder andere 'n mediese dokter, 'n dieetkundige, 'n biokinetikus en/of kinderkinetikus, 'n maatskaplike werker, 'n sielkundige en 'n onderwyser in. Elke rolspeler sal die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef op 'n unieke, professionele wyse na moontlike optimale funksionering begelei.

Vervolgens gaan 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vanuit die ekosistemiese teorie vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, bespreek word.

5.2 Agtergrond

Daar is reeds in die voorafgaande hoofstukke aangetoon dat die maatskaplike werker se dienslewingsveld binne die ekosisteme is en dat die kind wat in sy middelkinderjare is, binne hierdie sisteme leef. In die voorafgaande empiriese hoofstuk is daar vermeld dat die ouers, die gesin, vriende en die skool as

ekosisteme 'n invloed op die kind se oorgewig of vetsug kan hê. Die data het verder getoon dat oorgewig of vetsug die kind op 'n fisiese, emosionele en psigososiale vlak negatief beïnvloed. Daar is ook aangedui dat die oorsaak en gevolg van oorgewig of vetsug nie op 'n liniêre of sirkulêre wyse aangetoon kan word nie en dat oorgewig of vetsug volgens 'n dinamiese spiraaleffek aangetoon moet word. Die navorser het na die oorsaak-gevolg-effek van die dinamiese spiraal verwys (kyk par. 4.10). Die navorser bevind dat hierdie dinamiese spiraaleffek nie alleen 'n rol speel in die oorsaak-gevolg nie, maar ook binne die ekosisteme. Die spiraaleffek geskied binne die verskillende sisteme en die sisteme is nie geslote nie. Verder werk die spiraal nie noodwendig op 'n progressief logiese wyse nie en kan die ontstaan van die oorgewig of vetsug dus binne enige sisteem, met enige oorsaak-gevolg-effek begin toeneem, stabiliseer en selfs met doelgerigte hantering afneem.

Weens bogenoemde redes is dit dus 'n natuurlike uitvloeisel dat die assessering van en intervensie in die lewe van die oorgewig of vetsugtige kind vanuit die ekosistemiese benadering geskied. Die ekosistemiese teorie bestaan uit verskeie sisteme waar elke sisteem verskillende aspekte van behandeling en hantering verg om die kind wat in sy middelkinderjare met oorgewig of vetsug leef, by te staan en tot moontlike optimale funksionering te begelei. Die volgende sisteme kan onderskei word, naamlik:

- Sisteem 1: Die kind in sy middelkinderjare
- Sisteem 2: Die ouers en die gesin
- Sisteem 3: Vriende en die skool
- Sisteem 4: Die gemeenskap

Hierdie sisteme is in wisselwerking met mekaar en beïnvloed mekaar. Daar kan dus afgelei word dat dit moontlik is om binne enige van die bogenoemde sisteme met intervensie te begin wat dan na ander sisteme sal oorvloei. 'n Holistiese spanbenadering word dan ook in elk van die sisteme gevolg met 'n meerdere of mindere mate betrokkenheid van die verskillende professies.

Die maatskaplike werker tree as fasiliteerder tussen die professies of tussen die sisteme en professies op. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteunings-

program word dus vanuit die maatskaplike werker se perspektief aangebied en die onderskeie professies sal hul vaardighede en strategieë soos die behoefte en/of probleme geïdentifiseer word, byvoeg. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram maak voorsiening dat ander professies gelyklopende of gesamentlike behandeling vir die middelkinderjare-kind aanbied. Samewerking, kommunikasie en vertroue tussen die verskillende professies is dus van groot belang (Whittington, 2003:13-16) en word met aanvang van die assesseringsfase en weer tydens die doelwitbepalingsfase met mekaar gekoördineer. Die vordering van behandeling word deurlopend tussen die verskeie professies gekommunikeer totdat die doelwitte vir die betrokke middelkinderjare-kind bereik is. Op hierdie wyse word die middelkinderjare-kind tot moontlike optimale funksionering gelei en word die beste belang van die kind voorop gestel. Vlakke van samewerking geskied op strategiese vlak deur die bepaling van doelwitte vir die spesifieke middelkinderjare-kind, die verkryging en ontplooiing van hulpbronne, en operasioneel deur die bediening van kwaliteit dienste aan die onderskeie sisteme (Whittington, 2003:25-27).

5.3 'n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef

Vervolgens gaan die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, binne die onderskeie sisteme, vanuit die ekosistemiese benadering bespreek word. Sisteem 1: Die middelkinderjare-kind, word vanuit die gevallewerk fases bespreek.

5.3.1 Sisteem 1 – Middelkinderjare-kind

Die middelkinderjare-kind as sisteem vorm die kern van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die intervensie is daarop gefokus om hierdie kernsisteem tot optimale funksionering te begelei en om die beste belang van hierdie sisteem te bevorder. Die middelkinderjare-kind- en gesinsisteem is egter baie verweef en dus sal intervensie albei sisteme insluit of 'n invloed op albei sisteme toon. In die gevallewerkproses word die volgende fases onderskei, naamlik die aanvangsfase, die assesseringsfase, doelwitbepaling, intervensiefase, evaluering, en afsluiting (Bogo, 2006:143-214; Corcoran, 2011:5). Hepworth, Rooney, Rooney, Strom-Gottfried en Larsen (2010:34-43) identifiseer egter net

drie fases, naamlik: Fase 1: eksplorering, toetreding, assessering en beplanning; Fase 2: implementering en doelwitbereiking; en Fase 3: afsluiting. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die middelkinderjare-kind wat met oorgewig of vetsug leef, gebruik nie bogenoemde driefasebenadering nie, maar word meer volledig binne Bogo (2006:143-214) en Corcoran (2011:5) se vyffasegevallewerkproses ontwikkel en beskryf. In die middelkinderjare-kindsisteem sal daar veral van 'n kliëntgesentreerde benadering in gevallewerk gebruik gemaak word waar behandeling spesifiek op individuele behoeftes en/of probleme fokus. Die moontlikheid dat daar vanuit die gevallewerk 'n behoefte vir die hantering van spesifieke probleme volgens die groepwerkmetode ontstaan, soos deur die empiriese data uitgelig is, moet voorsien word (Geldard, *et al.*, 2013:94; Landreth, 2002:41-42; VanFleet, Sywulak & Sniscak, 2010:14). Hierdie metode van behandeling sal, volgens die navorser, veral sinvol wees indien daar 'n gemeenskaplike behoefte of doel by verskillende kinders of ouers ontstaan. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram maak voorsiening dat ander professies gelyklopende of gesamentlike behandeling vir die middelkinderjare-kind aanbied. Soos reeds aangedui is dit noodsaaklik dat die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram voorsiening maak dat ander professies gelyklopende of gesamentlike behandeling vir die middelkinderjare-kind aanbied (Whittington, 2003:13-16).

5.3.1.1 Aanvangsfase

Die aanvangsfase het ten doel om 'n omgewing vir die terapeutiese proses wat gaan volg, te skep (Bogo, 2006:144; Landreth, 2002:173-180). Verder meen Bogo dat daar veral twee stappe in die aanvangsfase onderskei kan word wat vervolgens bespreek word.

- **Stap 1: Bewusmaking van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram**

Bewusmaking behels dat die middelkinderjare-kind self, of die ouer, op verskillende wyses bewus gemaak word van die hulp wat beskikbaar is. Aangesien oorgewig of vetsug 'n sensitiewe onderwerp is, moet dit op 'n professionele, nie-stigmatiserende en nie-diskriminerende wyse geskied. Die advertensie moet sensitief aangebied word en eerder op die welstand van die kind

fokus. 'n Eenvoudige boodskap moet verkry word om die individu uit te nooi om aan die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram deel te neem. Die boodskap moet op gesondheid en welstand fokus, maar daar is wel in die bevindinge aangetoon dat die voorkoms van oorgewig of vetsug nie deur die ouers ontken moet word nie. Die boodskap kan wel sensitief oorgedra word deur byvoorbeeld te verwys na die middelkinderjare-kind wat met oorgewig of vetsug leef, soos wat daar met ander toestande saamgeleef word. 'n Gelukbringer ("mascot") kan ook vir die bekendstelling van die program aangewend word. Al die spanlede van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet in terme van hul dienste en bydraes by die bewusmaking van die ondersteuningsprogram betrek word en tot by die proses van hulpverlening. 'n Plaaslike webwerf waar relevante inligting ten opsigte van die fenomeen verskaf word, kan as platform dien waar ouers met mekaar en met kundiges gesprekke kan voer en oplossings vir probleme vind. Indien die ouer verder hulp of ondersteuning nodig het, kan daar dan met die betrokke holistiese spanlede kontak gemaak word.

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet aan maatskaplike werkers bekend gestel word sodat hul oor die nodige kennis beskik om probleemsituasies te identifiseer, te hanteer of om die nodige verwysings in die beste belang van die kind te maak. Hierdie bewusmaking kan deur akademiese artikels, relevante webwerwe en die aanbieding van kortkursusse met die fokus op die hantering van die fenomeen geskied. Plaaslike mediese dokters, klinieke en skole moet deurlopend bewus gemaak word van die voorkoms van die verskynsel van oorgewig of vetsug onder kinders en die fisiese, emosionele en psigososiale gevare wat dit vir die kind inhou. Pamflette kan in bogenoemde professionele kundiges se spreekkamers en in die gemeenskap versprei word. 'n Volledige inligtingstuk kan tweejaarliks versprei word. Bewusmakingsveldtogte deur onder andere, 'n pretdag om die kind se welstand en moontlike optimale funksionering te bevorder, kan gehou word. Die fokus van hierdie dag is om die kind aan fisieke aktiwiteite bloot te stel en die ouer bewus te maak van die gevare van die fenomeen, asook bekendstelling aan die betrokke holistiese spanlede wat hierdie fenomeen in hul gemeenskap hanteer.

- **Stap 2: Skep van 'n terapeutiese omgewing**

Tweedens moet 'n terapeutiese omgewing geskep word (Bogo, 2006:144). Hierdie omgewing moet reeds tydens die eerste ontmoeting met die kind of ouer daargestel word. Die eerste ontmoeting kan op verskeie wyses geskied, byvoorbeeld telefonies of deur middel van 'n webwerf, tydens die eerste besoek aan 'n praktyk, of tydens bewusmakingsveldtogte by skole (Higgins-Klein, 2013:33-34). Die kind en ouer het 'n behoefte aan begrip en geduld (Higgins-Klein, 2013:34) en 'n agtergrond van die praktyk en werkswyse moet aangebied word sodat die ouer en kind van die begin af die proses verstaan (Landreth, 2002:151-152). Die aanvanklike boodskap wat die kind en ouer moet hoor, is dat daar nie teen die kind gediskrimineer gaan word nie en dat die program só aangebied word dat stigmatisering vermy word. Dit sluit selfs in dat die stoele en ander meubels in die vertrek so ontwerp is dat die oorgewig ouer en kind gemaklikheid ervaar. Dit is vir die oorgewig of vetsugtige ouer en kind baie vernederend indien die stoel waarop hul sit hul knyp of ongemaklik is. Op hierdie wyse word hulle met die nodige respek hanteer.

Die omgewing moet kindervriendelik wees en die kind moet in beheer van sy omgewing voel. Die omgewing moet privaatheid en gemak weerspieël. Die atmosfeer moet rustig en kalm wees en onderbrekings deur telefone, kollegas of ander kliënte moet voorkom word (Landreth, 2002:125). 'n Gevoel van onbelangrikheid en minderwaardigheid kan deur die kliënt ervaar word indien bogenoemde steurnisse voorkom. Die terapeut moet aan die kind rustigheid en aanvaarding verbaliseer deur die volgende drie vrae ten opsigte van die kind se gevoel en ervaring in gedagte te hou: Is ek veilig? Sal ek alles kan doen? Sal jy my aanvaar? Die terapeut moet dus sensitief met betrekking tot die kind se wêreld wees (Landreth, 2002:177-178). Die konsultasies met oorgewig of vetsugtige kinders blyk, weens die sensitiwiteit van die fenomeen, lang en moeilike konsultasies te wees, dus moet daar vir voldoende konsultasietyd voorsiening gemaak word. Die aanvangsfase behels die begin van die terapeutiese verhouding met die ouer en kind en dit is daarom van belang om die kind se ontwikkelingsfase in ag te neem en op die kind se vlak te kommunikeer. Die terapeut moet daarteen waak om negatiewe opmerkings aangaande die kind se gewig of liggaam te maak aangesien dit as negatiewe kritiek of verwerping deur

die kind ervaar kan word. Die maatskaplike werker toon dus 'n totale bewustheid ten opsigte van die kliënt se emosies en gevoelens. Soos wat die maatskaplike werker bewus is van die kliënt se emosies, gevoelens en behoeftes, moet die maatskaplike werker se eie emosies en gevoelens ten opsigte van die fenomeen en die kind in ag geneem en ondersoek word (Bogo, 2006:150; Geldard *et al.*, 2013:23-26; Landreth, 2002:102-108). Professionele en etiese kwessies moet ten alle tye in ag geneem word.

In die aanvangsfase word die nodige respek vir, belangstelling in en toewyding tot die kind se situasie of omstandighede deur die maatskaplike werker gevestig sodat daar bepaal kan word of 'n diens gelewer kan word al dan nie (Bogo, 2006:152; Hepworth *et al.*, 2010:34-35). Na afloop van die aanvangsfase waar vasgestel is dat 'n diens wel gelewer kan word, volg die assesseringsfase met die kind en 'n onderhoud met die ouer. Die ouderdom, geslag en ontwikkelingsfase van die kind word in ag geneem en hierdie aspekte rig en bepaal die assessering.

5.3.1.2 Assesseringsfase

Die assesseringsfase volg na die aanvangsfase waartydens die ouer en maatskaplike werker vasgestel het dat 'n diens wel gelewer kan word. Die sukses van die terapeutiese verhouding word bepaal deur die mate waartoe die terapeut op die middelkinderjare-kind se behoeftes, ontwikkelingsfase en die toon van empatie ingestel is (Geldard *et al.*, 2013:52; VanFleet *et al.*, 2010:22). Tydens die assesseringsfase word die verhouding tussen die kind en terapeut verder gebou en is vertrouwe en aanvaarding van die kind 'n belangrike bousteen van die verhouding (Bogo, 2006:153; Hepworth *et al.*, 2010:35; Oaklander, 1988:185-186; VanFleet *et al.*, 2010:21-25). Die karaktereienskappe waaraan die terapeut moet voldoen is, onder andere, die vermoë om te kan luister, die kind se gedrag te kan waarneem en om empatie en sensitiwiteit vir die kind se wêreld te kan toon (Geldard *et al.*, 2013:101; Oaklander, 1988:185-187). Elke kind se behoefte en/of probleem vereis egter 'n spesifieke karaktereenskap van die terapeut (Landreth, 2002:110-118). 'n Effektiewe terapeut is verder betroubaar en die omgewing word deur die kind as veilig ervaar; die terapeut is in kontak met sy eie innerlike kind en straal aanvaarding uit (Geldard *et al.*, 2013:23-24). Die voorgenoemde navorsers verwys ook na die feit dat die werker in staat moet wees om homself op 'n sekere

vlak emosioneel van die probleme van die kind te ontkoppel. Dit bring mee dat die kind negatiewe gedrag mag toon sonder om te voel dat die verhouding tussen kind en terapeut in gedrang kom. Indien negatiewe gedrag in die sessie voorkom, fokus die terapeut eerder op gedrag wat bevestig en aangewakker moet word en tot voordeel van die kind se funksionering is as wat daar op die negatiewe gedrag gefokus word (Geldard *et al.*, 2013:25-26).

Assessering in maatskaplike werk word gedefinieer in terme van die drie sleutelkomponente wat insluit: (1) die insameling van data (2) deur 'n kontekstuele perspektief, (3) wat lei tot 'n voorkomings- of intervensieplan (Woolley, 2012:2-4). Vir effektiewe assessering moet onder andere, die volgende aspekte ondersoek word: die familiegeskiedenis en die kind se psigososiale omstandighede, die kind se emosionele toestand en gedrag, die persoonlikheid van die kind, asook 'n fisiese ondersoek, die bepaling van aktiwiteitsvlakke, en die voedsel-inname van die kind (Bocca *et al.*, 2014:965-967; Farris *et al.*, 2011:13; Geldard *et al.*, 2013:50; Ludwig, 2007b:20-39). Die aanvanklike assessering word deur die maatskaplike werker van die holistiese span waargeneem en geskied op twee wyses, naamlik 'n onderhoud met die middelkinderjare-kind en met die ouer op spesifieke, geskeduleerde tye. Alle identifiserende en algemene inligting van die kind word op die inligtingsvorm deur die ouer ingevul terwyl die terapeut besig is met die assesseringsonderhoud van die kind.

Die assesseringsonderhoud met die kind behels onder andere die volgende. Die werker moedig die kind aan om sy geskiedenis/storie op 'n speelse wyse in sy eie woorde te vertel of uit te beeld deur die aanwending van verskeie direkte, spelterapeutiese tegnieke en hulpmiddels (Berg & Steiner, 2003:34; Geldard *et al.*, 2013:54-55). Geldard *et al.* (2013:175), dui verskeie hulpmiddels en aktiwiteite volgens die verskillende ouderdomsgroepe aan. Vir die kind in die middelkinderjare is hulpmiddels soos klei, tekeninge, konstruksies, speletjies, verbeeldingspel, sand, simbole en figure, en werksvelle van toepassing (Addendum 19). Die werker luister aandagtig en die kind word gehelp om uit te brei en te ontdek deur oop vrae te stel en om sy leefwêreld met spel uit te beeld (Bogo, 2006:154; Corcoran, 2011:52-57; Geldard *et al.*, 2013:54-56; Goldstein, Miehl & Ringel, 2009:79-80). Die werker vra ook meer gefokusde vrae om

spesifieke inligting te bekom en gevoelens en gedagtes te reflekteer, te parafreseer en samevattinge te maak (Corcoran, 2011:61). Addendum 19 bied 'n uiteensetting van die tegnieke en hulpmiddels wat moontlik tydens die aanvanklike assessering deur die maatskaplike werker aangewend kan word om die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte van die kind te vanuit 'n maatskaplikewerkperspektief te ontdek.

Nadat die aanvanklike assessering van die kind voltooi is, word 'n onderhoud met die ouer/s gevoer. Die onderhoud word gevoer aan die hand van 'n vraelys (Bogo, 2006:166-168; Higgins-Klein, 2013:309-311; Potgieter, 1993:95-96) (Addendum 20). Die onderhoud met die ouers word gevoer vir toeligting van die assessering van die kind, of om nuwe inligting wat nie in die assessering na vore gekom het nie, te verkry. Die onderhoud met die ouer word deur die maatskaplike werker gevoer. Vraelyste kan ook in die assesseringsfase aangewend word, byvoorbeeld die Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001:963-970) (Addendum 21a, 21b) en die Parental Feeding Style Questionnaire (PFQ) (Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport & Plomin, 2002:453-462) (Addendum 22a, 22b).

Na afhandeling van die onderhoud met die ouer, word vasgestel watter ander sisteme tydens die intervensie met die kind, soos die gesinsisteam of skoolsisteam, betrek moet word. Uit die aanvanklike assessering word die mate van die betrokkenheid van die ander holistiese spanlede ook bepaal. Die maatskaplike werker sal na afloop van die assesseringsfase en doelwitbepaling die rol van elke professionele wat by die spesifieke kind betrokke moet wees, bepaal. Daar moet egter in ag geneem word dat elke terapeut en bepaalde spanlid op grond van hul eie professione en opleiding hul eie unieke toevoeging van tegnieke en hulpmiddels vir die moontlike optimale ontginning van die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die fenomeen sal aanwend. Die spanlede moet hul spesifieke benadering voortydig verklaar om onnodige duplisering te voorkom. Die onderskeie holistiese spanlede evalueer op grond van die inligting wat versamel is of genoegsame inligting bekom is om 'n intervensieplan te ontwikkel wat verandering kan bewerkstellig, of die kind word na 'n ander program of professione (wat nie deel is van die ondersteuningsprogram nie)

verwys (Bogo, 2006:170; Berlin, 2002:208). Die maatskaplike werker moet deurlopend verseker dat daar goeie kommunikasie tussen die spanlede is en dat aktiwiteite gekoördineer word. Nadat al die data versamel is, kan die holistiese spanlede na die fase van doelwitbepaling beweeg wat vervolgens bespreek word.

5.3.1.3 Doelwitbepaling

Die ontwikkeling van doelwitte vir die hulpverlening is kritiek om die volgende redes (Corcoran, 2011:122; Hepworth *et al.*, 2010:39-40):

- om 'n ooreenkoms tussen die holistiese spanlede, ouer en middelkinderjare-kind te sluit met betrekking tot die werk wat gedoen moet word;
- om die fokus op die werk wat gedoen moet word, te behou;
- om die vordering van die intervensie te bepaal; en
- om te bepaal wanneer die doelwit bereik is en wanneer die intervensie gestaak kan word.

Die assesseringsinligting wat tydens die assesseringsfase deur die onderskeie holistiese spanlede ingewin is, word deur elke spanlid stelselmatig aan die hand van die elektroniese rekenaarprogram, die EH-hulpmiddel, verwerk om die spesifieke hulpverleningsterrein van die spanlid se spesifieke doelwitte en hulpverleningsplan vir die intervensie te bepaal. Die EH-hulpmiddel maak voorsiening vir die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte/determinante van die kind in die middelkinderjare. Die ontwikkelingsfase van die kind en die mate van betrokkenheid van die verskeie holistiese spanlede word in hierdie fase, in ag geneem. Die onderskeie holistiese spanlede bepaal vanuit hul eie assessering van die kind, aspekte wat tydens die behandeling aandag moet geniet. Die EH-hulpmiddel kan hiervoor aangewend word (Addendum 27). Daarna word 'n gesamentlike bespreking aangaande die spesifieke kind se omstandighede en moontlike intervensies vergelyk en bespreek.

Die toepassing van die EH-hulpmiddel verloop soos volg:

Elke lid van die holistiese span lees die assesseringsinligting, soos tydens die assessering van die kind verkry, in die rekenaarprogram in volgens die verskeie tegnieke wat in die assessering toegepas is (kyk Addendum 27 vir volledige

instruksies om die hulpmiddel te gebruik). Die negatiewe voorkoms van die spesifieke gedrag volgens die professionele beoordeling van die terapeut word deur 'n getal aangedui, wat in die program ingelees word. Die mate waartoe 'n spesifieke holistiese spanlid betrokke tydens die behandeling behoort te wees, word ook met 'n getal aangedui. Die waarde van die getal word deur die betrokke holistiese spanlede onderling vasgestel sodat daar eenvormigheid bestaan. Die getal se waarde word reeds vasgestel wanneer die span aanvanklik saamgestel word en die spanlede hul bereidwilligheid toon om betrokke te raak by die kind wat met oorgewig of vetsug leef. By elke afdeling word ruimte vir opmerkings deur die spanlid gelaat. Indien die EH-hulpmiddel volledig ingevul is, bied dit slegs 'n opsomming van die individu se behoeftes en probleme en die mate van betrokkenheid van die onderskeie professies. Die doel van die hulpmiddel is dus om alle inligting van die middelkinderjare-kind tydens die assessering te orden en tot 'n ordelike geheel saam te voeg. Die maatskaplike werker koördineer ook hierdie proses. Hierdie instrument is nie 'n meetinstrument van die kind se gedrag nie, maar slegs 'n hulpmiddel om doelwitte en 'n hulpverleningsplan op 'n ordelike wyse daar te stel. Elke holistiese spanlid maak sy eie opsomming van die kind op hierdie wyse en die resultate word dan tydens 'n gesamentlike vergadering vergelyk en bespreek. Vanuit hierdie verskeie opsommings word 'n gesamentlike doelwit of doelwitte en behandelingsplan vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, opgestel.

Nadat die inligting volgens die EH-hulpmiddel opgesom is, word die hulpverleningsplan in werking gestel. Die hulpverleningsplan moet die volgende aspekte wat noodsaaklik is, insluit om sodoende moontlike optimale funksionering by die kind te bewerkstellig:

- **Fisiese aspekte van die kind:** Dit wat op die kind se liggaam betrekking het (Brownell, 2012:131-137). Die fisiese liggaam sluit aspekte soos die genetiese (verwys na par. 2.4.1), biologiese (verwys na par. 2.4.2), eetgewoontes (verwys na par. 2.4.3.3), fisieke voorkoms (verwys na par. 4.10.1), fisieke aktiwiteite (verwys na par. 2.4.3.1) en slaappatrone (verwys na par. 2.4.2.7) in.
- **Kognitiewe aspekte van die kind:** Die kind se denke/kognitiewe. Dit behels refleksie, kritiese en konstruktiewe denke van huidige gedrag en die

voorkoming en hantering van terugvalle (Brownell, 2012:139-147; Geldard *et al.*, 2013:56). Hierdie aspek sluit ook die kognitiewe ontwikkeling van die kind in (verwys na par. 3.3.2). Die negatiewe patroon van denke en gedrag wat oor tyd vasgelê is, kan deur spel verbreek word (Geldard *et al.*, 2013:75). Kognitiewe gedragsterapie word dikwels aangewend (Geldard *et al.*, 2013:75-76; VanFleet *et al.*, 2010:13-14).

- **Emosionele aspekte van die kind:** Die kind se emosie/affektiewe belewing sluit die ervaring van positiewe en negatiewe emosies, emosionele intelligensie, sin vir die self en selfbewustheid in (Brownell, 2012:147-153) (verwys na parr. 3.3.5 en 3.3.6). Direktiewe assesseringstegnieke en kind-gesentreerde, spelterapeutiese tegnieke word aangewend om die emosies van die kind te ontgin (Geldard *et al.*, 2013:74; Landreth, 2002:35; VanFleet *et al.*, 2009:14-16).
- **Verhoudings en/of psigososiale omstandighede van die kind:** Die kind se verhoudings sluit die verhoudings met die ouers (verwys na par. 3.5), met die gesin (verwys na par. 2.4.3.4.2), die sibbe (verwys na par. 2.4.3.4.3), vriende en onderwysers (verwys na par. 2.4.4.3.1) in. Hierdie aspek behels nie net die herstel en opbou van verhoudings nie, maar ook die vermoë om te kan onderskei tussen verhoudings en om die nodige grense te stel (Brownell, 2012:155-160).

As die doelwitfase voltooi is, volg die intervensiefase waar die behandelingsplan wat in die doelwitfase opgestel is, vir die spesifieke behoeftes en/of probleme van die betrokke kind uitgevoer word.

5.3.1.4 Intervensiefase

Intervensie word deur Bogo (2006:177) gedefinieer as die werker se aksies wat daarop gerig is om iets te voorkom, te ondersteun, of te verander. Die terme sluit ook die hulpmiddels en tegnieke in wat aangewend word om 'n spesifieke uitkoms en verandering teweeg te bring (Geldard, 2013:174-183; Landreth, 2002:136-147). Verskeie metodes en hulpmiddels, soos projektiewe speltegnieke wat sandspel, klei, fantasiespel en storievertelling, asook die gebruik van biblioterapie, musiek-terapie en skeppende speltegnieke soos teken en verf, is enkele voorbeelde vir

skeppende uitdrukking en emosionele ontlading (Gerald *et al.*, 2013:174-183; Landreth, 2002:142-145; Oaklander, 1988:67-108; VanFleet *et al.*, 2010:14-15).

Bogo (2006:184) en Hepworth *et al.* (2010:39) meen verder dat die doel van intervensie is om 'n beter begrip van die probleem tydens hierdie fase te ontwikkel. Geldard *et al.* (2013:56) beskryf hierdie fase as die oplossing van probleme. Genoemde outeurs meen dat die kind dikwels net deur die vertel van hul storie emosionele pyn verlig wat tot spontane oplossing van die probleem lei. Daarteenoor kan die terapeut die kind help en lei om deur probleme te werk sodat moontlike optimale funksionering kan plaasvind. Hierdie oplossing van probleme geskied deur spelterapeutiese tegnieke en/of terapeutiese vaardighede en somtyds deur opvoedkundige insette. Die kwalitatiewe navorsingsbevindinge benadruk dat die kind by die besluitnemingsprosesse betrek moet word sodat die kind verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid en lewe kan neem. Hierdie aspek moet tydens intervensie gerespekteer en toegepas word. Vervolgens gaan aspekte wat volgens die literatuurstudie en empiriese bevindinge uitgewys is as aspekte wat in die intervensiefase van belang is, bespreek word.

5.3.1.4.1 Determinante en/of aspekte vir die hantering van oorgewig of vetsug

Dit is noodsaaklik dat die determinante vir oorgewig of vetsug wat in Hoofstukke 2 en 3 uiteengesit is, en die aspekte wat uit die kwalitatiewe bevindinge gekristaliseer het, tydens die intervensie hanteer word. Hierdie determinante en/of aspekte word volgens die algemene spelterapeutiese benadering hanteer en skeppende maniere moet gevind word om die kind deur spel bewus te maak en om oplossings vir die probleme en/of behoeftes te vind. Die oorsaak-gevolg-effek van die dinamiese spiraal ten opsigte van oorgewig of vetsug op die kind in die middelkinderjare, asook die invloed van die onderskeie ekosisteme op die spiraal, moet in ag geneem word. Die oorsaak, gevolg en die ekosisteme werk dus dinamies in op mekaar en kan nie in isolasie bespreek word nie. Die unieke determinante en/of aspekte van elke kind wat in die intervensiefase aandag moet geniet, word tydens die assesserings- en doelwitfases bepaal. Die oorhoofse determinante en/of aspekte van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef en aandag moet geniet, word in die drie hoofafdelings, naamlik die

fisiese, emosionele en psigososiale aspekte van die kind verdeel en word vervolgens in die onderskeie tabelle bespreek.

In hierdie studie word daar vir volledigheid na die kind se volle ontwikkeling verwys, aangesien die kind se ontwikkelingsfases interafhanklik van mekaar is en inaggeneem moet word. Hierdie studie se hoofokus is egter die kind in die middelkinderjare.

Tabel 5.1: Intervensie van die fisiese aspek

<u>Intervensie: Fisiese aspek van die kind</u>			
<p>Die fisiese aspek van die kind wat tydens die intervensie aandag behoort te geniet, sluit die genetiese, biologiese, fisiese ontwikkeling, kognitiewe ontwikkeling, motoriese ontwikkeling, fisieke voorkoms, fisieke aktiwiteite en eetgewoontes in. Die onderskeie determinante en/of aspekte word vervolgens in die onderstaande tabel bespreek in terme van toepassing tydens die intervensie en die moontlike betrokke spanlede.</p>			
<u>Genetiese aspek van die kind</u>			
<p>Die genetiese aspek sluit die genetiese geneigdheid tot oorgewig of vetsug in. Die kind is geneties groter as ander kinders gebou en/of die ouers toon oorgewig of vetsug wat 'n aanduiding is dat die kind 'n geneigdheid tot die toestand kan toon (Berthoud, 2004:781; Kushner <i>et al.</i>, 2013:16; Pietrobelli, 2010:18). Die aspek kan ook binne Sisteem 2 - die gesin, hanteer word.</p>			
	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Genetiese aspek	<p>Word bepaal deur 'n volledige mediese en familiegeskiedenis van die ouers te verkry.</p> <p>Die ouer moet die kind bewus maak van positiewe genetiese eienskappe en sy eie unieke eienskappe.</p>	<p>Die kind moet van sy eie unieke samestelling en gene bewus gemaak word.</p>	<p>Mediese dokter: Die mediese geskiedenis van die gesin word bekom.</p> <p>Maatskaplike werker: Deur spel word die kind bewus gemaak van oorgeërfde en aangeleerde karaktereenskappe en liggaamlike ooreenkomste tussen familielede.</p> <p>'n Versoek aan die kind om die naaste familielede te teken of met klei uit te beeld, kan as hulpmiddel vir die bereiking van hierdie doel aangewend word.</p> <p>Dieetkundige: Die uniekheid van elke gesinslid kan beklemtoon word deur die verskil in voedingsbehoefte aan te dui.</p>

Biologiese aspek van die kind

Hierdie aspek dui op die veranderinge in die liggaam as gevolg van hormonale of biologiese veranderinge. Dit sluit die inname van medikasie, die honger- en versadigingseine van die liggaam en slaappatrone in.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Medikasie	Sekere medikasie blyk 'n invloed op die toename in gewig te toon.	Die ouers moet bewus wees dat sekere medikasie gewigstoename kan veroorsaak of bevorder.		<p>Mediese dokter: Bied alternatiewe, indien moontlik.</p> <p>Maatskaplike werker: Die kind moet bygestaan word indien alternatiewe nie beskikbaar is nie om die probleme en/of behoeftes wat die kind na vore bring, te hanteer.</p>
Slaappatrone	Die ritme van die tydsisteesiklus - wakker, voedsel-inname en slaap, beïnvloed gewig en gesondheid.	<p>Ouers moet bewus gemaak word dat te min slaap met sielkundige en gedragsprobleme, asook metaboliese veranderinge wat tot gewigstoename en onaktiwiteit kan lei, korreleer.</p> <p>Ouers moet toesien dat die kind die voorgestelde aantal ure per nag slaap:</p>	<p>'n Goeie slaaproetine moet gevestig word.</p> <p>Slaapydstories bevorder rustigheid en struktuur by die kind.</p>	<p>Maatskaplike werker:</p> <p>Verskaf die nodige oerleiding in hierdie verband aan die ouers.</p> <p>'n Storie of metafoor kan aan die kind vertel word. Die metafoor kan visualiseringstegnieke en ontspanningstegnieke vir die kind insluit (Gabriel & Ronald Riba, 2014:109-123; Thomson, 2005:27-31).</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Slaappatrone		5 jaar - 11 ure 9 jaar - 10 ure 13 jaar - 9 ure Vestig 'n goeie slaapydroetine by die kind.		
Honger en versadiging	Disfunksie in die liggaam wat die honger en versadigingseine van die kind ontwig. (Dié aspek kan ook binne Sisteem 2 - die gesin, hanteer word).	Ouerlike voedingspraktyke wat te veel beheer (beperkings of afdwinging van voedsel-inname) oor die kind se eetgewoontes wil uitoefen, kan tot oorgewig of vetsug lei. Ouers het die verantwoordelikheid om vir die kind die onderskeid tussen honger en versadig te leer. Die kind moet die vermoë aanleer om na die liggaam se fisiologiese seine/ boodskappe (stres, honger, versadig) te luister en dit te respekteer.	Die ouer of kind kan dagboek hou van hul eet-ervarings, gevoelens en behoeftes. Ruimte moet gelaat word waar die kind self kan besluit of hul honger of versadig is. Riglyne vir eetgewoontes word in hierdie afdeling weergegee.	Maatskaplike werker: Kan die gesinsverhoudings ontleed aangesien hierdie aspek beïnvloed word deur die ouers se ouerskapstyl, gehegtheid van die ouer en kind, asook die temperamente van die onderskeie gesinslede. Die nodige ouerleiding kan gebied word, waar van toepassing.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Honger en versadiging		Die vyf rolle van ouers word in par. 2.4.3.4.1 weergegee en moet hanteer word indien die ouer 'n negatiewe rol speel of negatiewe invloed op die kind se eetpraktyke toon.		<p>Bewuswording van die liggaam: Die versoek om tydens maaltye eerstens by 'n tafel te sit en eet, tweedens vyf keer asem te haal voordat geëet word en met elke happie te dink oor die voedsel hoe dit smaak, die tekstuur en geure maak die kind meer bewus van die eet-ervaring.</p> <p>Indien die kind in hierdie versoek slaag, kan die kind gevra word om aan die begin van die maaltyd eers bewus te word van sy liggaam en ook nadat geëet is. Hierdie versoek verskerp die bewuswording van honger en versadigingseine.</p> <p>Die dieetkundige: Kan veral die ouers ondersteun om maaltye gesond en gesellig voor te berei.</p>

Fisiese ontwikkeling van die kind

Die kind se fisiese ontwikkeling speel 'n groot rol in die fisieke beweging en aktiwiteite later in die kind se lewe. Agterstande en disfunksies vanaf die prenatale fase tot in die middelkinderjare fase inhibeer fisieke aktiwiteite. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat ontwikkelingsagterstande 'n effek het op die kind se totale ontwikkeling en nie net in die fase waar die belemmering plaasgevind het nie.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Prenatale ontwikkeling	<p>Die volgende aspekte is van belang:</p> <p>Emosionele stabiliteit van die moeder tydens die swangerskap.</p> <p>Prenatale stres en trauma.</p> <p>Reuk- en smaaksintuie ontwikkel in die baarmoeder – reuke en smake van voedsel en ander stowwe word deur amniotiese vloeistowwe aan die baba oorgedra.</p> <p>(Hierdie aspek het ook betrekking op sisteem 2, die gesin.</p>	<p>Skep 'n rustige, ontspanne atmosfeer vir die baba om tydens die swangerskap te ontwikkel.</p> <p>Wees bewus van nadelige of skadelike stowwe vir die baba, byvoorbeeld rook.</p> <p>Neem 'n verskeidenheid en gesonde voedsel in; dus 'n gebalanseerde eetplan.</p> <p>Skep geleentheid en ruimte vir die baba om optimaal te ontwikkel.</p> <p>Wees bewus van enige probleme met betrekking tot die fisiese ontwikkeling.</p>	<p>Indien trauma in hierdie fase ervaar is, moet dit hanteer word.</p> <p>Vestig roetine in die gesin, sodat die baba voorspelbaarheid ervaar en die behoeftes van slaap, eet en speel, vervul kan word.</p>	<p>Sielkundige: Trauma wat in hierdie fase ervaar word, moet met die ouers en baba hanteer word.</p> <p>Maatskaplike werker: Die ouers moet ondersteun word om hul probleme te hanteer en op te los. Die werker moet in die beste belang van die baba optree.</p> <p>Dieetkundige: Bied ondersteuning aan die moeder ten opsigte van gesonde eetgewoontes, veral tydens swangerskap.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Babajare	<p>Ontwikkelingsmylpale – sit, kruip, loop en sê van eerste woorde moet bereik word.</p> <p>Die ritme van die tydsisteemsiklus ontwikkel by die baba.</p> <p>(Hierdie aspek het ook betrekking op sisteem 2, die gesin).</p>	<p>Skep roetine en ritme in die baba se lewe. Ouerleiding kan baie waardevol in hierdie fase wees.</p> <p>Wees bewus van die voor- en nadele ten opsigte van die tipe voeding wat die baba ontvang vir beïnvloeding van toekomstige eetpatrone. Regulering honger en dors moet sensitief hanteer word.</p> <p>Gesonde slaappatrone moet by die baba gevestig word.</p>		<p>Mediese dokter: Verskaf die nodige ontwikkelingsmylpale aan die ouer en bied ondersteuning aan die moeder.</p> <p>Dieetkundige: Ondersteun en gee inligting ten opsigte van voedingspraktyke.</p> <p>Maatskaplike werker: Bied ouerleiding in terme van die uitdagings van ouerskap.</p> <p>Kinderkinetikus: Bevorder fisieke aktiwiteite by die baba deur die opleiding van die moeder.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Babajare				<p>Kundiges wat in hierdie fase betrek kan word, maar nie deel vorm van die holistiese span nie, is onder andere die arbeids-erapeut en spraakterapeut. Die arbeidsterapeut kan hulp bied indien ontwikkelingsmylpale nie by die baba bereik is nie en uitvalle geïdentifiseer word.</p> <p>Die spraakterapeut kan hulp bied met sluk- en suigontwikkeling vir latere spraakvaardighede</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Middelkinderjare	<p>Die fase word gekenmerk deur:</p> <p>Spontane, informele organisering van speletjies en spanspel met reëls.</p> <p>Georganiseerde sportdeelname.</p> <p>Die voedsel-inname per dag neem toe.</p> <p>Die kind eksperimenteer met verskillende voedselsoorte.</p> <p>(Hierdie aspek het betrekking op Sisteem 2 - die gesin, en Sisteem 3 - die skool).</p>	<p>Ouers kan aktiewe spel bevorder deur saam met die kind te speel.</p> <p>Ouerlike insette ten opsigte van voedsel-inname verminder, dus moes die ouers die kind alreeds van gesonde eetgewoontes geleer het en verder moet gesonde opsies in die huis aangebied word.</p> <p>Moedig die kind tot sportdeelname by die skool aan.</p>	<p>Kind leer om verantwoordelikheid te neem vir sy alledaagse take, voedselinname en fisieke aktiwiteite.</p> <p>Kies 'n sportsoort waarin die kind sukses sal ervaar en wat die kind geniet. Neem aan ander fisieke aktiwiteite buite georganiseerde sport deel, soos swem, stap, fietsry ensovoorts.</p> <p>Die program MEND wat 'n <i>move it – log book</i> (www.mendmoveit.org) gratis beskikbaar stel, kan as motivering vir fisieke aktiwiteite aangewend word (Brown, 2011).</p> <p>Gesonde eetpatrone moet by die huis en skool gevestig word wat die eet van 'n gesonde ontbyt insluit.</p>	<p>Maatskaplike werker: Kan aan die ouer die nodige ondersteuning en leiding bied om gesonde gesinsaktiwiteite te bevorder, soos buite-spel, bordspeletjies en gesamentlike, skeppende aktiwiteite.</p> <p>Dieetkundige: Bied leiding aan die gesin ten opsigte van voedselinname en die spesiale voedingsbehoefte van die kind.</p> <p>Kinderkinetikus: Bevorder fisieke aktiwiteite op individuele vlak en binne die skoolomgewing.</p> <p>Onderwysers: Bied ruimte vir 'n verskeidenheid van fisieke aktiwiteite by die skool en fokus op die ontwikkeling van vaardighede</p>

Kognitiewe ontwikkeling van die kind

Kognitiewe ontwikkeling van die kind het nie alleen 'n invloed op die eksperimentering met voedsel nie, maar dui ook die mate van kognitiewe begrip wat die kind vir sy situasie kan toon, aan. Die sensories-motoriese, pre-operasionele en konkreet-operasionele fase is hier van toepassing. Die kognitiewe ontwikkeling van die kind moet in ag geneem word tydens intervensie in terme van die begrip en redenasievermoë van die kind.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Sensories-motortoriese-fase Geboorte tot 2 jaar	<p>Kenmerke van die fase: Sensoriese stimulasie kan plaasvind deurdat die kind verskillende teksture, reuke, smake en geure van voedsel ontdek.</p> <p>Nabootsing van ouers begin ontwikkel. Die verhouding (gehegtheid) met ouers ontwikkel.</p>	<p>Skep ruimte dat die kind met sy voedsel mag speel deur te voel, te druk en te mors – 'n reis van voedselontdekking.</p> <p>Bied leiding aan die ouers om 'n gesonde voorbeeld vir die kind te wees.</p> <p>Die verhouding met kind moet gebou word en 'n sterk gehegtheid met die ouers moet ontwikkel, wat verskeie voordele vir die kind inhou.</p> <p>Indien die ouers onsekerhede rondom die voeding van die baba ervaar, moet die dieëtkundige genader word.</p>		<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Indien die gehegtheid tussen die baba en versorger 'n probleem blyk te wees, kan gehegtheidsterapie aanbeveel word. Ouerleiding indien die ouer nie aan die eise van ouerskap kan voldoen nie. Die beste belang van die baba moet voorop gestel word.</p> <p>Dieëtkundige: Ondersteuning ten opsigte van die baba se eetgewoontes en voedsel-inname.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Pre-operasionele fase 2 jaar – 7 jaar	<p>Die fase word gekenmerk deur:</p> <p>Taalontwikkeling en simboliese uitdrukking.</p> <p>Logiese redenasies kom voor met bekende onderwerpe.</p> <p>Kan net op een aspek op 'n keer konsentreer. Kind ontwikkel die vermoë om voedsel te klassifiseer.</p> <p>Vermoë tot konservasie is beperk.</p>	<p>Ouers moet 'n gemaklike, ontspanne atmosfeer met etenstye skep en kan prentjies (gesiggie) met die verskillende voedselsoorte op die bord maak.</p> <p>Verduidelik op 'n logiese wyse (byvoorbeeld 'n karretjie of plantjie) die invloed van sekere voedselsoorte op die liggaam, soos suiker laat jou moeg voel of gee jou hoofpyn.</p> <p>Leer die kind van die verskillende voedselgroepe.</p> <p>Wees bewus en hanteer egosentrisme en moenie as gevolg van hierdie optrede van die kind, omkoopstrategieë tydens etenstye of fisieke aktiwiteite toepas nie.</p>	<p>Skep geleentheid dat die kind met verskillende houers en maatbekers eksperimenteer – voedsel bly dieselfde al verander die houer.</p> <p>Laat die kind self vrugte versap en die hoeveelheid vloeistof wat 'n vrug verskaf, skat.</p> <p>Bied 'n kleiner bordjie en koppie vir die kind aan –vgl. konservasiebeginsel.</p> <p>Verduidelik aspekte van die liggaam op simboliese wyse aan die kind, soos die liggaam is 'n karretjie wat olie nodig het om te kan ry of 'n plant wat water nodig het om te kan lewe.</p>	<p>Dieetkundige, maatskaplike werker en sielkundige: Bied op 'n speelse wyse die begrip van verskillende voedsel en hoeveelhede aan en sluit die gebruik van sintuie en emosies in. Bespreek die invloed en uitwerking van voedsel op die liggaam met die ouer en die kind (die kar/plantvoorbeeld).</p> <p>Groepwerk in terme van voeding kan deur die dieetkundige aangebied word. Die maatskaplike werker en sielkundige kan in hierdie fase groepwerk aanbied om die kind te bemagtig deur kommunikasie en sosialiseringvaardighede te bevorder. Die groepwerk het dus opvoedkundige waarde.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Konkreet-operasionele fase 7 jaar – 12 jaar		<p>Ouers moet geleentheid vir die kind skep om by die besluitnemingsprosesse betrokke te wees en om probleme op te los.</p> <p>Ontwikkel kommunikasie-vaardighede en konflikthanteringsstrategieë by die kind. Leer die kind positiewe, selfgeldende gedrag in uitdagende lewensituasies.</p>	<p>Die kind kan meer verantwoordelikheid neem ten opsigte van keuses en inname van voedsel.</p> <p>Voedsel kan met gemak in verskillende voedselgroepe geplaas word. Die kind kan invloed van voedsel op en die gevolge daarvan vir die liggaam verstaan.</p> <p>Die kind is betrokke by besluitnemingsproses ten opsigte van gesondheid en algemene leefwêreld.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Bied leiding om probleemoplossings-vaardighede te ontwikkel (Addendum 23). Bied leiding en ondersteuning om optimale kommunikasie- en konflikthanterings-vaardighede te ontwikkel.</p> <p>(Le Roux & De Klerk, 2001:88-97,114-125; Sukhodolsky, & Scahill, 2012:1-183).</p> <p>Skep 'n veilige omgewing waar die kind selfgeldende gedrag kan toepas.</p> <p>Dieetkundige: Bied aan die ouers en die kind riglyne vir gesonde eetgewoontes.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Konkreet-operasionele fase 7 jaar – 12 jaar				<p>Bespreek en bied leiding aan ouers ten opsigte van die kind se verantwoordelikheid teenoor sy eie liggaam en gesonde eetgewoontes.</p> <p>Onderwysers: Skep geleentheid waar kinders kommunikasievaardighede, selfgeldende optrede en konflikhantering kan ontwikkel.</p> <p>Gesonde eetgewoontes en fisieke aktiwiteite kan binne die skoolomgewing bevorder word.</p>

Perseptuele ontwikkeling van die kind

Die perseptuele ontwikkeling behels die kennis en begrip van die eie liggaam en die innerlike bewustheid daarvan, asook die verhouding daarvan in die ruimte. Die perseptuele ontwikkeling sluit liggaamsbewustheid, liggaamsbegrip en liggaamsbeeld in. Die negatiewe siening en ervaring van die liggaam kan tot liggaamsontevredenheid lei wat negatief op die aanvaarding van die self inwerk.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
	Die ouers kan 'n positiewe liggaamsbeeld en liggaamsbegrip by die kind van jongs af kweek.	Lei die kind tot aanvaarding van die liggaam sodat liggaamsontevredenheid nie ontwikkel nie.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Bied ouerleiding indien negatiewe/afbrekende gedrag by ouers voorkom.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Liggaamsbewustheid, liggaamsbegrip en liggaamsbeeld	Negatiewe opmerkings wat tot liggaamsbewustheid kan lei en wat liggaamsontevredendheid tot gevolg kan hê, moet vermy word.	<p>Ontspannings- en asemhalingsoefeninge, liggaamsbewegings en spieëlwerk kan positiewe liggaamsbewustheid bevorder.</p> <p>Spieëlwerk behels dat die kind voor 'n vollengte spieël staan en vertel wat hy sien. Elke deel van die liggaam word bespreek en emosies word daaraan gekoppel. Die kind se liggaam kan ook op 'n groot papier afgeteken word waar elke liggaamsdeel benoem en bespreek word. Fisieke aktiwiteite kan ook die bewustheid van die liggaam bevorder.</p>	<p>Bied die nodige leiding om liggaamsbewustheid en aanvaarding van die liggaam by die kind te bevorder.</p> <p>Aktiwiteite wat liggaamsbewustheid bevorder kan toegepas word, soos spieëlwerk en speletjies wat op die liggaam fokus, soos raak jou ore, neus en voete. Die terapeut kan musiek speel waar verskillende danspassies gedoen word en die kind bewus word van die beweging van die liggaam.</p> <p>Dieetkundige: Wees bewus van die negatiewe liggaamsbeeld wat die kind kan openbaar. Bied inligting indien die kind negatiewe eetgewoontes/eetversteurings toon.</p> <p>Mediese dokter: Toetrede indien eetversteurings/ nag-eetsindroom voorkom.</p>

Motoriese ontwikkeling van die kind

Die motoriese vaardighede van die kind sluit onder andere die koördinasie van die groot spiere, liggaambalans en egalige bewegings, asook fyn motoriese vaardighede in. Afwykings of disfunksie in hierdie verband kan tot die onttrekking van fisieke aktiwiteite/beweging en tot die negatiewe siening van die self, lei.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Groot en fyn motoriese ontwikkeling	<p>Die ouer kan balans en liggaamskoördinasie, asook fyn motoriese vaardighede bevorder, deur fisieke aktiwiteite en speletjies met die kind te speel.</p> <p>Die ouer moet enige motoriese probleme onmiddellik aanspreek.</p> <p>Moedig die kind aan om aan fisieke aktiwiteite in en om die huis asook by die skool deel te neem.</p> <p>Bespreek die kind se motoriese ontwikkeling met die onderwyser om enige uitvalle te voorkom of te hanteer.</p>	<p>Skep geleenthede en 'n veilige omgewing waarbinne die kind motories kan ontwikkel.</p> <p>Veilige buitespel moet bevorder word.</p>	<p>Onderwyser: Wees bewus van enige motoriese probleme by die kind. Bespreek waarneming onmiddellik met die ouer indien enige uitvalle ten opsigte van die motoriese ontwikkeling waargeneem word.</p> <p>Kinderkinetikus: Bied aktiwiteite aan indien daar enige probleme met die motoriese ontwikkeling van die kind voorkom.</p>

Fisiese voorkoms van die kind

Die negatiewe bewustheid en siening van die liggaamlike voorkoms kan tot liggaamsontevredenheid en negatiewe gevoelens lei. (Hierdie aspek het nie net betrekking op Sisteem 1 – die kind, nie, maar sluit ook ander sisteme soos Sisteem 2 – ouers en gesin, Sisteem 3 – vriende en skool en Sisteem 4 – die gemeenskap, in. Hierdie aspek moet dus ook in die ander sisteme aandag geniet).

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Fisiese voorkoms	<p>Ouers moet die kind aanmoedig om netjies en versorg te wees.</p> <p>Die kind moet ondersteun word indien klere aangekoop word en 'n geskikte styl vir die kind se liggaamsgrootte moet voorsien word.</p>	<p>Kinders toon oor die algemeen 'n bewustheid van hul fisiese voorkoms. Moedig die aanvaarding van die self aan deur 'n positiewe selfbeeld te ontwikkel (kyk emosioneel – self-konsep in hierdie hoofstuk).</p> <p>Bevorder algemene netheid.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige:</p> <p>'n Negatiewe fisiese voorkoms kan tot liggaamsontevredenheid en verder tot eetversteurings lei.</p> <p>Spreek faktore wat verander kan word, aan en help die kind om faktore wat nie verander kan word nie te aanvaar.</p> <p>Negatiewe opmerkings wat deur ouers en gesinslede ten opsigte van die kind se fisiese voorkoms gemaak word, moet hanteer word.</p>

Fisiese aktiwiteite van die kind

Die oorgewig of vetsugtige kind toon lae fisiese aktiwiteit en passiewe vryetydsbestedingsaktiwiteite. (Hierdie aspek het ook betrekking op Sisteem 2, 3 en 4).

	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Fisiese aktiwiteite en vryetydsbesteding	<p>Die viktimisering en diskriminasie wat die kind tydens deelname aan fisiese aktiwiteite ervaar, moet hanteer word. Kinders moet aangemoedig word tot meer aktiewe vryetydsbestedings-aktiwiteite en minder passiewe .</p> <p>Ouers behoort skermtyd (TV-kyk, iPads, ens.) in die gesin te beperk. Ouers moet die kind aanmoedig om meer fisiek aktief te wees deur saam met die kind “rough en tumble”-speletjies en ander buite-speletjies te speel. Die gesin kan gemaklike, gesellige gesins-aktiwiteite bevorder wat tot positiewe selfvertroue by die kind kan bydra.</p>	<p>Wees bewus van fisiese ongemak wat ervaar kan word tydens fisiese aktiwiteite, byvoorbeeld pyn in die kind se voete of ’n binnebeenuitslag wat veroorsaak word deur die skuur en sweet van die bene.</p> <p>Kinders voldoen nie aan die voorgestelde riglyn van 60 minute se matig intensiewe fisiese aktiwiteit per dag nie en moet daartoe aangemoedig word. Aktiwiteite moet egter op ’n speelse wyse wat vir die kind lekker en volhoubaar is, aangebied word.</p>	<p>Kinderkinetikus: Bied volhoubare fisiese aktiwiteite vir die kind en gesin aan.</p> <p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Kan die kind en gesin bystaan om die belang van fisiese aktiwiteite in die gesin te bewerkstellig. Pas probleemoplossings-vaardighede ook in hierdie verband toe (kyk Addendum 23).</p> <p>Onderwyser: Sluit die voor- en nadele van positiewe en negatiewe fisiese en vryetydsbestedings-aktiwiteite in die kurrikulum in.</p>

Eetgewoontes van die kind

Die eetgewoontes van die kind word vanaf die babajare vasgelê en die aanpassing en verandering van eetgewoontes en eetpatrone wat 'n negatiewe invloed op die kind se gewig en ontwikkeling toon, moet in die intervensie hanteer word.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Bewustelike eet	<p>Bewustelike eet bevorder bevrediging van die hongerseine.</p> <p>(Hierdie aspek sluit Sisteem 2 – die gesin, in).</p>	<p>Ouers moet daarop fokus dat die voedsel wat vir kinders voorberei word nie alleen gesond is nie, maar ook aantreklik voorkom.</p> <p>Konflik tydens maaltye moet vermy word, wat bewustelike eet negatief sal beïnvloed.</p>	<p>Die kind moet leer om gefokus en bewustelik te eet sodat die sintuie meer bevrediging van die voedsel ervaar. Die boodskap van honger en versadiging word dan meer doeltreffend na die liggaam gestuur.</p>	<p>Maatskaplike werker: Staan die gesin by om te fokus op gesellige, gesamentlike gesinsetes waar gesonde kommunikasie plaasvind. Konflik tydens maaltye moet aangespreek en voorkom word.</p> <p>Dieetkundige: Kan die ouers bystaan met maaltydbeplanning en voorbereiding.</p>
Eetgewoontes en voedselkeuses	<p>Eetgewoontes en voedselkeuses word gevorm deur blootstelling. Die kind verkies voedselitems wat aan hom bekend is.</p> <p>(Hierdie aspek sluit Sisteem 2 – die gesin, in).</p>	<p>Uitputting van die ouers, 'n gejaagde lewenswyse en die uiteet-kultuur dra tot ongesonde voedselkeuses by. Die ouer moet bewus gemaak word van hierdie aspekte se invloed op die kind se gewig.</p>	<p>'n Kind sal baie makliker onbekende voedsel eet as die ouer dit self eet.</p>	<p>Maatskaplike werker: Maak gesin bewus van sosiale, kulturele en samelewingsfaktore en die invloed op gewig.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Eetgewoontes en voedselkeuses			<p>Kinders boots ouers se eetgewoontes na. Indien die ouers 'n voorkeur vir hoëvet- en energiedigte voedsel toon, sal die kind die voorbeeld volg.</p> <p>Die kind kan deur kookklasse aangespoor word om gesonde voedsel voor te berei. Die kind kan ook betrokke wees by kosblikbeplanning.</p> <p>Kitsdiëte moet vermy word, aangesien dit nie lewenslange veranderinge in eetgewoontes teweeg bring nie.</p>	<p>Dieetkundige en maatskaplike werker: Bied skeppende, eksperimentele 'kookklasse' vir kinders aan. In hierdie klasse/groepe kan kinders verskillende voedselsoorte ontdek, die voedsel proe en selfvertroue opbou om met nuwe voedselsoorte te eksperimenteer. Die kind bou vertroue om sy eie maaltye voor te berei. Die maatskaplike werker fokus veral op die ontwikkeling van sosiale vaardighede. Die bewuswording van die liggaam, sintuie en emosies ten opsigte van sekere voedselsoorte en die innerlike konflik wat die kind ten opsigte van die eet van sekere voedselsoorte kan ervaar.</p> <p>Addendum 24 bied riglyne vir ouers ten opsigte van eetgewoontes in die gesin.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Toegang tot voedsel	<p>Onbeperkte toegang tot voedsel en waar die kind eie beheer kan toepas, blyk die mees positiewe verhouding met voedsel te wees. Waar herhaalde beperkinge van voedsel en geen eie beheer geld nie, blyk 'n negatiewe verhouding met voedsel te wees.</p> <p>(Hierdie aspek sluit ook Sisteem 2 – die ouers en gesin, in).</p>	<p>Elke gesinslid se behoeftes verskil (byvoorbeeld ouderdom, aktiwiteitsvlakke, allergieë, vitamien- en mineraalvlakke). Die gesin moet 'n werkbare plan vir hul omstandighede en vir elke lid van die gesin ontwikkel. Die reëls vir voedseltoegang in die huisgesin kan dus nie vir almal dieselfde wees nie. Die moeder kan gesonde voedsel openlik uitstal sodat die kind weet hy/sy mag enige tyd van die voedsel neem en eet.</p>	<p>Die kind moet ondersteun word om gesonde keuses te maak en betrek word by besluitnemingsprosesse in terme van die aankoop en toegang tot voedsel.</p>	<p>Dieetkundige: Bied ondersteuning en riglyne aan die gesin ten opsigte van toegang tot voedsel en eetgewoontes van die kind en gesin. Die gesin moet bygestaan word om beperking van voedsel met groot omsigtigheid in die gesin te hanteer. Die ouers moet bewus gemaak word van individuele behoeftes van gesinslede. Die kwaliteit van die voedsel (voedingswaarde) en nie die kwantiteit nie, moet nagejaag word.</p> <p>Maatskaplike werker: Kommunikasie binne die gesin is belangrik, veral as daar jonger en ouer kinders in die gesin betrokke is. Die gevoel van onregverdigheid en bevoordeling moet in die gesin hanteer word.</p>

In die voorafgaande tabel is die determinante en/of hoofemas ten opsigte van die fisiese aspekte van die kind tydens intervensie beskryf. Vervolgens gaan die emosionele aspekte wat tydens intervensie met die kind in ag geneem moet word en die moontlike intervensie van spanlede se betrokkenheid en take bespreek word.

Tabel 5.2: Intervensie ten opsigte van die emosionele aspek

<u>Intervensie: Emosionele aspekte van die kind</u>			
Die hantering van die emosionele aspekte sluit Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie, die effek van trauma, kritisering, stigmatisering, selfregulering en beheer, selfkonsep en die temperament van die kind in.			
<u>Die ontwikkeling en hantering van emosies van die kind</u>			
Emosionele ontwikkeling word deur baie aspekte ontwikkel en bepaal, soos persoonlikheid, kulturele invloede asook biologiese faktore. Die kind leer om emosies te interpreteer, te reguleer en toepaslik uit te druk, asook om ander se emosies te verstaan en gepas daarop te reageer.			
	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Die ontwikkeling en hantering van emosies	<p>Ouers moet aan die basiese behoeftes van die kind voldoen, sodat optimale funksionering wat emosionele behoeftes insluit, daaruit kan voortvloei.</p> <p>Ouers moet nie alleen op die verbale uitdrukkings van die kind let nie, maar ook op die nieverbale uitdrukkings</p>	<p>Kinders wat met oorgewig of vetsug leef, druk moontlik moeiliker hul eie emosies uit. Optimale funksionering moet nagestreef word wat die begeerte om alles te word wat 'n mens in staat is om te word, behels.</p> <p>Optimale funksionering word gekenmerk deur die aanvaarding van die self en ander, spontaneïteit, openheid, positiewe verhoudings met ander en die vervulling van unieke behoeftes.</p>	<p>Maatskaplike werker/ sielkundige: Maak die kind bewus van emosies en die positiewe hantering daarvan. Die kind kan dagboek hou van hul voedsel-inname en aktiwiteitsvlakke, maar veral van die emosionele ervarings vooraf en tydens maaltye en die bewuswording van emosies. Bespreek die verskillende emosies en die uitdrukking van emosies met die kind (Geldard <i>et al.</i>, 2013:269-271; Le Roux & de Klerk, 2001:12-43).</p>

Psigososiale ontwikkelingsteorie van Erikson, toegepas op die kind

Die onderskeie sinteses van elke fase van Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie bied aan die kind moontlike optimale emosionele funksionering indien dit verwerf is. Indien die sintese nie verwerf is nie, sal dit voortdurend as 'n behoefte by die kind figureer wat deur die intervensie hanteer moet word. Die ontwikkelingsteorie sluit aspekte soos emosies, selfkonsep, temperament en die effek van trauma en ander se optrede teenoor die kind in.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie (vervolg)	Stadia 1: Vertroue teenoor wantroue (Geboorte – 18 maande).	Bou vertroue in die verhouding met die kind om die sintese hoop te vestig. Deur 'n geborge gehegtheid, tussen die baba en die versorger, word hierdie sintese bewerkstellig.		Maatskaplike werker/Sielkundige: Bepaal of die sintese hoop by die kind gevestig is. Indien daar nie 'n geborge gehegtheid tussen die baba en versorger bestaan nie, kan gehegtheidsterapie en ouerleiding aan die ouer verskaf word. Indien trauma in hierdie fase voorgekom het, moet dit hanteer word.
	Stadia 2: Outonomie teenoor skaamte of twyfel (18 maande – 3 jaar).	Laat die kind toe om outonomie toe te pas en self dinge te probeer sodat die sintese wilskrag ontwikkel.		Maatskaplike werker/Sielkundige: Bepaal of die sintese wilskrag by die kind gevestig is. Indien die ouer nie aan die behoefte van die kind kan voldoen nie, moet die oorsaak vasgestel word en ouerleiding gebied word.

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
	<p>Stadia 3: Inisiatief teenoor skuld (3 jaar – 6 jaar).</p>	<p>Laat die kind inisiatief neem en vermy gevoelens van skuld by die kind, sodat die sintese doelgerigtheid by die kind kan vestig.</p>	<p>Die kind wil ontdek en eksperimenteer, skep geleenthede vir die kind tydens die intervensie deur die professionele persoon.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Bepaal of die sintese doelgerigtheid by die kind gevestig is. Indien die sintese nie verwerf is nie, moet die struikelblokke geïdentifiseer word en nodige hulp gebied word sodat die kind die sintese kan verwerf.</p>
	<p>Stadia 4: Arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid (6 jaar – 12 jaar). (Sisteem 3 – vriende en onderwysers, het ook 'n invloed op hierdie fase)</p>	<p>Skep geleenthede vir kinders om hul vaardighede te bemeester.</p> <p>Kommunikeer met die kind om bewus te word van sekere waardes en norme en om dit uit te leef. Die kind ontwikkel dan 'n gevoel van bekwaamheid/bevoegdheid.</p>	<p>Ouers, maar veral die onderwysers en maats beïnvloed die kind se gevoel van arbeidsaamheid.</p> <p>Die gevoel van minderwaardigheid kan ontstaan indien die kind herhaalde mislukkings in verhoudings en algemene pogings ervaar. Die kind moet verantwoordelikhede/ take in die huis en by die skool ontvang.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Bepaal of die kind die sintese bekwaamheid of bevoegdheid verwerf het. Negatiewe kritiek of afbrekende gedrag teenoor die kind deur ouers, onderwysers en maats moet geïdentifiseer en hanteer word. Bied leiding aan ouers en onderwysers as bogenoemde welvoorkom. Bied leiding aan ouers en onderwysers om ouderdomsgepaste take aan die kind te gee.</p>

	Beskrywing	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
				Onderwyser: Moedig die kind aan, bied positiewe kritiek aan, stel verantwoordelikhede vir die kind en lei die kind tot positiewe denke.
	Stadia 5 – 8 is nie van toepassing op hierdie navorsing nie.			
<u>Ontwikkeling van die selfkonsep van die kind</u>				
Die selfkonsep, selfpersepsie en selfbeeld is alles terme wat die evaluerende siening van die kind self, die denke wat die kind van homself het en die waarde wat die kind aan homself as individu heg, beskryf. (Hierdie aspek word deur Sisteem 2, 3 en 4 gevorm).				
	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede	
Selfkonsep	<p>Subjektiewe terugvoer van die ouer wat die kind negatief stem, moet vermy word. Fokus daarop dat kinders fisiese bekwaamheid en selfwaarde ervaar. Laat die kind sy eie potensiaal ontdek en negatiewe boodskappe wat ontvang word herevalueer en positief gebruik.</p> <p>Aanvaar die kind se unieke eienskappe en bou daarop voort. Leer die kind om homself te aanvaar.</p>	<p>Die kind moet fisiese bekwaamheid en selfwaarde ervaar.</p> <p>Aanvaarding van positiewe en negatiewe eienskappe en voortdurende strewende en opbou van die positiewe.</p> <p>Deelname aan skoolaktiwiteite wat insluit akademiese en sportdeelname asook die liggaamlike voorkoms en sosiale aanvaarding kan selfagting bevorder of onderdruk.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Die intervensie moet op die ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep fokus en aspekte wat die selfkonsep negatief stem, hanteer. (Geldard <i>et al.</i>, 2013:261-266; Le Roux & De Klerk, 2001:70-87; Schiraldi, 2001:5-67).</p> <p>Maak die kind bewus van sy unieke positiewe eienskappe deur spieëlwerk (soos by liggaamsbeeld bespreek).</p>	

	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Selfkonsep	<p>Staan die kind by om 'n opregte gevoel van eiewaarde en selftrots te ontwikkel, maar vermy en wees bewus van egosentriese en selfsugtige gedrag.</p> <p>Bepaal of die kind oor 'n realistiese interne selfwaardering en 'n akkurate verstaan en aanvaarding van swak- en sterkpunte beskik.</p> <p>Plaas die negatiewe invloed van die media in perspektief vir die kind.</p>	<p>Aanvaar verantwoordelikhede, bou 'n optimistiese houding en verbeter verhoudings en ontwikkel 'n gesindheid van omgee. Sien geleenthede raak en aanvaar nuwe uitdagings.</p> <p>Leer om positiewe en negatiewe kritiek te ontvang en te evalueer.</p>	<p>Bemagtig die kind om enige boelie- of afbrekende gedrag van gesinslede, vriende en onderwyser te hanteer aan.</p>
<u>Temperament van die kind</u>			
<p>Die temperament dui op die individuele verskille wat by mense voorkom om die primêre behoeftes en hulle self uit te druk. Dit dui op die kind se karaktereienskappe, dus die wyse waarop mense en situasies benader word en die wyse van reaksie.</p>			
	Intervensie fokus: Ouer	Intervensie fokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Temperament	<p>Prikkelbare babas kan die sensitiwiteit van die ouer teenoor die kind beïnvloed wat tot 'n negatiewe gehegtheid tussen ouer en kind kan lei. Ouers moet leiding ontvang om die nodige vaardighede aan te leer om hierdie baba of kind te hanteer.</p> <p>Die ouer moet bewus wees van sy eie en die kind se unieke temperament</p>	<p>Die middelkinderjare-kind kan begin leer om sy temperament te verstaan en te aanvaar en om ander mense met hul eie unieke temperamente te verstaan en te aanvaar.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Die temperament van die ouer en kind kan bepaal word deurdat die ouer en kind 'n temperamentvraelys voltooi. Addendum 25 bied die gedragsprofiel van 'n populêre, verstote, en verwaarloosde kind. Dit kan as riglyn deur die maatskaplike werker aangewend word om die kind se gedrag te verstaan om sodoende hulp te verleen.</p>

Trauma in die kind se lewe

'n Traumatiese gebeurtenis word deur Shaw (2010:14) beskryf as: "An event is traumatic if it is extremely upsetting and at least temporarily overwhelms the individual's internal resources". Mashipata (2015:224) stel dat trauma werklike besering of dood, of slegs die bedreiging van besering of dood kan behels. Trauma het 'n invloed op die interne prosesse van die kind wat tot verhoogde stresvlakke kan lei wat oorgewig en vetsug tot gevolg kan hê, omdat die kortisoonvlakke in die liggaam verhoog word.

	Intervensiefokus: Ouers	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Trauma	Die ouers moet die kind bystaan en ondersteun as trauma voorgekom het of die nodige hulp kry sodat die kind weer moontlike optimale funksionering kan beleef.	Die bron van die traumatiese gebeure moet ondersoek word.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Bied traumaberading aan die kind en indien nodig, die gesin.
Trauma	Die ouers moet die uitwerking van chroniese stres en trauma wat met die vrystelling van kortisoon in die liggaam gepaardgaan en wat tot gewigstoename kan lei, verstaan. Ouers moet ondersteun word om die nodige oplossings te vind.	Traumatiese gebeure word nie noodwendig deur alle persone dieselfde ervaar nie. 'n Inherente gevoel van veiligheid en vertroue word deur die traumatiese gebeure geskend en moet herstel word. Chroniese stres en die vrystelling van kortisool het 'n negatiewe invloed op die gewig en moet ondersoek en hanteer word.	Die hantering van trauma in die kind se lewe, asook die aanleer van hanteringstrategieë is noodsaaklik. Streshantering-strategieë en ontspannings-tegnieke, byvoorbeeld visualiseringstegnieke moet aangeleer word (Allen & Klein, 1996: 52-77; Gabriel & Ronald Riba, 2014:159-167; Thomson, 2005:1-35).

Kritisering wat die kind ervaar

Die kind ervaar negatiewe kritiek as gevolg van sy oorgewig en vetsug vanaf sy ouers, sibbes en vriendegroep wat tot vernedering kan lei. Die negatiewe kritiek het 'n besondere afbrekende effek op die kind en moet vermy word. (Hierdie aspek is ook van toepassing op sisteem 2 en 3).

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Kritisering	Die ouers moet bewus wees van afbrekende gedrag teenoor die kind en dit hanteer. Gebalanseerde kritiek wat met omgee en liefde gepaardgaan, moet aan die kind gegee word. Oordrewe positiewe kritiek word deur die kind as oneg ervaar.	Die kind moet leer om negatiewe kritiek van gesinslede, vriende en onderwysers te evalueer en sin daarvan te maak sodat dit nie as vernederend ervaar word nie.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Begelei die kind om negatiewe en/of afbrekende kritiek te evalueer en sin daarvan te maak. Indien kritiek met boeliegedrag gepaard gaan, leer die kind om dit te hanteer deur selfgeldende intervensie, of om dit te vermy (Le Roux & De Klerk, 2001:113-114; Sukhodolsky & Scahill, 2012:80-100; Geldard <i>et al.</i> , 2013:281-282).

Stigmatisering wat die kind ervaar

Die stigmatisering wat die kind weens sy oorgewig en vetsug ervaar, kan tot die vermindering en uitsluiting van aktiwiteite lei. Hierdie stigmatisering kan ook tot 'n negatiewe siening van die 'self' lei en beïnvloed die kind se interpersoonlike verhoudings. (Hierdie aspek word deur sisteem 2, 3 en 4 gevoed.).

	Intervensiefokus: Ouers	Intevensie: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Stigmatisering	Ouers moet bewus wees van die stigmatisering wat die kind in die gesin, maar ook in die skool en gemeenskap kan beleef, en dit hanteer.	Die kind moet bewus wees van stigmatiserende gedrag van ander en die gevolge van hierdie gedrag op sy menswees. Aanleer van positiewe hanteringstrategieë is nodig.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Stigmatiserende gedrag in die gesin, vriendekring, skool en gemeenskap moet geïdentifiseer en hanteer word. Die kind moet die nodige hanteringstrategieë aanleer en terselfdertyd moet die selfbeeld versterk word. Die unieke sterk-punte van die kind moet beklemtoon word.

Selfregulering en beheer wat die kind moet toepas

Selfregulering en beheer moet tweeledig deur die kind toegepas word. Die kind se selfregulering en beheer ten opsigte van emosies soos woede, angs en hartseer wat weens negatiewe kritiek, stigmatisering en uitsluiting voorkom, moet hanteer word. Die kind moet ook selfregulering en beheer ten opsigte van voedsel-inname toepas, veral as voedsel-inname weens negatiewe emosies wat ervaar word gestimuleer word. Interne beheer moet dus ontwikkel word. (Hierdie aspek word deur Sisteem 2 en 3 beïnvloed).

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Selfregulering en beheer	Ouers moet die kind leer en aanmoedig om interne beheer toe te pas as sterk emosies soos aggressie ervaar word.	Interne beheer moet toegepas word, wanneer gevoelens soos woede, angs, hartseer die kind oorweldig.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Help die kind om die verskillende emosies te erken en te benoem met die gebruik van 'n emosiekaart.
	Die ouer moet die kind lei om porsiebeheer van voedsel toe te pas deur 'n skeppie te neem en indien die kind werklik nog honger is, toe te laat dat 'n tweede happie geneem mag word.	Die kind moet leer om sy emosies op 'n konstruktiewe wyse uit te druk, sodat sy behoeftes vervul kan word. Selfregulering van die liggaam ten opsigte van die inname van voedsel kan aangewakker word indien die kind 'n bewustheid van die liggaam se honger- en versadigingseine verhoog.	Skep 'n bewustheid van die wisselwerking van voedsel, sintuie en emosies. Ondersoek en hanteer situasies wat sterk emosies by die kind ontlok. Leer hanteringstrategieë vir emosies wat die kind oorweldig, soos aggressie. Dieetkundige/ Mediese dokter: Stel vas of die kind nie weens 'n tekort aan vitamine of minerale 'n wanbalans in die liggaam het nie.

Die voorafgaande het die emosionele aspekte van die kind bespreek wat tydens die intervensie aandag behoort te geniet. Vervolgens gaan die psigososiale aspekte bespreek word. Die psigososiale aspekte word in terme van die sisteme, naamlik die ouers, gesin, vriende, onderwysers en gemeenskap waarbinne die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, bespreek. Die voorafgaande kindsisteem en die opvolgende sisteme toon dat die intervensie interaktief toegepas moet word. Die

sisteme kan nie in isolasie van mekaar bespreek word nie. Die opvolgende tabelle dui die intervensie en moontlike intervensie van die spanlede aan volgens Sisteem 2 – Ouers en gesin, Sisteem 3 – Vriende en skool en Sisteem 4 – Gemeenskap.

5.3.2 Sisteem 2 - Ouers en gesin

Die ekosistemiese benadering sluit Sisteem 2 – die ouers en die gesin, in. Eerstens word die ouers en daarna die gesin volgens die intervensie en die moontlike holistiese spanlede, wat hierna volg, bespreek.

Tabel 5.3: Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 2 – Ouers

<u>Intervensie: Psigososiaal – Sisteem 2: Ouers</u>			
Die psigososiale aspek met betrekking tot die ouers behels die invloed en bydrae wat die ouers tot die kind se gewigstoename kan toon.			
<u>Ouerskapstyl van die ouers</u>			
Die ouerskapstyl verwys na die wyse waarop die ouer in die alledaagse lewe met die kind omgaan en veral die dissipline en kommunikasie wat in die gesin toegepas word.			
	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Ouerskapstyl	Bepaal die ouerskapstyl van die ouers deur gebruik te maak van Tabel 3.2. Die tipe ouerskapstyle wat voorkom, is: <ul style="list-style-type: none"> • Outoritêr • Permissief • Onbetrokke/nalatig • Gesaghebbend Indien die ouer nie 'n gesaghebbende ouer-	Tot watter mate ervaar die kind warmte en koestering, konsekwentheid, bereikbare verwagtings en doeltreffende kommunikasie met die ouer. Die ouerskapstyl het 'n betreklik groot invloed op die voedingspraktyke van die ouer. Kyk Addendum 26 vir die verskillende voedingspraktyke van ouers volgens hul ouerskapstyl (Shloim <i>et al.</i> , 2015:3).	Maatskaplike werker/ Sielkundige: 'n Vraelys oor ouerskapstyl kan deur die ouer voltooi word. 'n Verduideliking van die tipe ouerskapstyle kan in Tabel 3.2 gevind word. Addendum 26 bied 'n uiteensetting van die voedingspraktyke van ouers volgens hul ouerskapstyl. Bied ouerleiding indien die ouer nie 'n gesaghebbende/positiewe ouerskapstyl toon nie.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
	skapstyl toepas nie, moet ouerleiding aan die ouer gebied word.		
<u>Gehegtheid tussen die kind en ouer</u>			
Gehegtheid behels die noue, emosionele band tussen 'n baba/kind en sy versorger/ouer. Gehegtheid word ontwikkel na aanleiding van die totale kontak wat plaasvind, wat emosionele, sosiale, kognitiewe en selfregulerende vermoëns bevorder.			
	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Gehegtheid	<p>Volgehoue toewyding is nodig om 'n geborge gehegtheid tussen die ouer en die kind te ontwikkel. Die reaksie van die moeder op die behoeftes van die baba, hetsy die kind bors- of bottelvoeding ontvang, sal 'n direkte invloed op die gehegtheid van die moeder/ versorger en kind toon.</p> <p>Later beïnvloed die verhouding tussen die ouer en kind die gehegtheid.</p> <p>Die volgende tipe gehegtheid kan onderskei word:</p>	<p>Sekure/geborge gehegtheid bevorder selfdoeltreffendheid/ selfeffektiwiteit, wat insluit eetbeheer, selfbeheer en beheer oor impulsiwiteit – die kind ervaar dat hy beheer en ondersteuning in sy lewe het.</p> <p>Indien daar enige probleme blyk te wees met die gehegtheid tussen die kind en ouer moet die ouer bemaatig word in terme van hoe dit hanteer moet word.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Bepaal die tipe gehegtheid tussen die kind en ouer. Gebruik Tabel 3.1 in hierdie verband. Die kind openbaar spesifieke gedrag binne sy gehegheidsmodel. Die profiel van populêre, verstote en verwaarloosde kinders kan ook bydra tot die identifisering van die tipe gehegtheid (Addendum 25).</p> <p>Hierdie profiele kan as riglyn vir die maatskaplike werker dien vir die identifisering en hantering van gehegheidsprobleme binne die gesin.</p>

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Gehegtheid	<ul style="list-style-type: none"> • Sekure/Geborge • Angstig-ambivalente of weerstandig • Vermydingsgehegtheid • Ongeorganiseerde gehegtheid. <p>Die sekure/geborge gehegtheid skep vertroue in die verhouding wat tot selfdoeltreffendheid en 'n gevoel van geborgenheid by die kind lei. Hoë gehegheidsangs by die ouer lei tot 'n verhouding waar ouers voedsel-inname dwing/bepers – die voedingsbehoefte van die kind word dus minder in ag geneem.</p>		
<u>Ouers se siening van die oorgewig en vetsug</u>			
Die ouers se positiewe of negatiewe siening van die oorgewig en vetsug beïnvloed hul hantering van die fenomeen. Die negatiewe of ontkennde siening van die ouers is veral hier ter sprake.			
	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Ouers se siening	Die negatiewe of ontkennde siening van die ouers aangaande die kind se oorgewig of vetsug moet tydens intervensie geïdentifiseer en hanteer word, aangesien dit die ouer se hantering van die fenomeen beïnvloed.	'n Negatiewe of ontkennde siening van die ouer kan die kind negatief stem. Die kind kan veral met negatiewe kritiek gevoelens van verwerping en vernedering ervaar wat hanteer moet word.	Maatskaplike werker/Sielkundige: Maak die ouers bewus van die invloed van hul negatiewe en/of ontkennde siening en hanteer die impak daarvan op die kind – stel die kind in staat om aan enige negatiewe emosies of ervarings uitdrukking te gee.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
	Die ouers kan krities teenoor die kind optree of die fenomeen totaal ontken. Beide hanteringstrategieë werk negatief in op die kind.		
<u>Betrokkenheid en toesig van die ouer by die kind</u>			
Die betrokkenheid by en toesig van die ouer met betrekking tot die kind se voedselinname en fisieke aktiwiteite, asook alledaagse bedrywighede. Hierdie aspek word met die ouerskapstyl, die gehegtheid, en die ouers se beskikbare tyd verbind.			
	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Betrokkenheid en toesig	<p>Ouers moet betrokke wees by die kind se alledaagse aktiwiteite en dit sluit die inname van voedsel en fisieke aktiwiteite in. Ouers moet die kind aanmoedig om gesonde keuses te maak.</p> <p>Die ouer moet nie alleen die kind aanmoedig nie, maar saam met die kind aan aktiwiteite deelneem en so die verhouding tussen kind en ouer bou.</p>	<p>Ouers moet nie die kind se voedsel-inname en fisieke aktiwiteite oormatig kontroleer nie.</p> <p>'n Gesonde verhouding tussen ouer en kind moet gebou word, waar onaanvaarbare gedrag bespreek en hanteer kan word en positiewe gedrag gebou en aangemoedig kan word.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige: Maak die ouers bewus van die feit dat hul voorbeeld 'n invloed op die kind het.</p> <p>Bespreek die ouers se beskikbare tyd en die invloed daarvan op die kind en hul lewenswyse.</p> <p>Vind saam met die ouer oplossings vir alledaagse uitdagings en negatiewe gedrag wat mag voorkom.</p>

Afbrekende of negatiewe gedrag van die ouer

Die kwalitatiewe bevindinge toon dat die afbrekende/negatiewe gedrag van die ouer teenoor die kind voorkom in die vorm van negatiewe opmerkings en negatiewe konflik tussen die ouer en die kind.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
	<p>Die afbrekende/ negatiewe gedrag van die ouer moet hanteer word. Die ouers moet die nodige vaardighede leer om effektief te kommunikeer en konflik te hanteer.</p> <p>Indien die ouer se destruktiewe gedrag (enige vorm van mishandeling) voortduur en nie in belang van die kind is nie, moet die maatskaplike werker statutêre stappe oorweeg.</p>	<p>Die trauma wat die kind kan beleef in die geval van ernstige negatiewe/ afbrekende gedrag van die ouer teenoor die kind en wat tot vernedering lei, moet hanteer word.</p>	<p>Maatskaplike werker/Sielkundige:</p> <p>Tree in belang van die kind op. Bied ouerleiding aan die ouers, om afbrekende of negatiewe gedrag te hanteer.</p> <p>Hanteer die trauma wat deur die ouer se gedrag veroorsaak kon word.</p> <p>Opleiding in kommunikasie en konflikhantering is noodsaaklik (Le Roux & de Klerk, 2001:113-127; Sukhodolsky & Scahill, 2012:71-100).</p>

Oorbeskerming vanaf die ouer

Die ouers kan die kind oorbeskerm as gevolg van die feit dat hulle nie negatiewe gedrag wat op die kind gerig is, soos boeliegedrag by die skool, kan hanteer nie of weens die ouer se eie emosionele onsekerhede of persoonlike skuldgevoelens wat voorkom. Die ouer wil dus op ander wyses oorkompenseer en laat dan negatiewe gedrag van die kind toe of toon self gedrag wat tot nadeel van die kind is.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Negatiewe/afbrekende gedrag	Die ouer moet leiding ontvang om oorbeskermende gedrag te identifiseer en te hanteer. Die ouer moet die nodige vaardighede aangeleer om die kind te help om homself te help of te beskerm.	Die kind moet die nodige verantwoordelikhede vir sy lewe opneem volgens sy ouderdom (verwys na Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie in hierdie hoofstuk). Vaardighede moet aangeleer word om moeilike of uitdagende situasies te hanteer. Boeliegedrag van vriende teenoor die kind moet vermy en hanteer word.	Maatskaplike werker/ Sielkundige: Die ouer se eie emosionele onsekerhede of persoonlike skuldgevoelens moet hanteer word. Die ouer moet vaardighede leer om aan die kind die nodige verantwoordelikhede volgens ouderdom te gee en ruimte vir ontwikkeling te bied. Die kind moet emosioneel sterk wees om negatiewe/kritiese/afbrekende gedrag van vriende teenoor hom te hanteer (verwys ook na psigososiaal – afbrekende gedrag in hierdie afdeling).

Nabootsing van die ouer deur die kind

Die kind leer deur nabootsing en waarneming en volg dus die ouer se voorbeeld. Hierdie gedrag wat nageboots word sluit ook negatiewe, afbrekende gemodelleerde gedrag in.

	Intervensiefokus: Ouer	Intervensiefokus: Kind	Moontlike intervensie van spanlede
Nabootsing	Ouers moet bewus wees van die negatiewe/afbrekende gedrag wat hul toon of verbaliseer en die invloed daarvan op die kind (Verwys na psigososiaal -afbrekende gedrag in hierdie afdeling).	Die kind neem die ouer se gedrag waar en herhaal negatiewe en positiewe gedrag. Afbrekende gedrag moet tydens intervensie geïdentifiseer en hanteer word. Positiewe nabootsing moet bevorder word.	Maatskaplike werker/ Sielkundige: Maak die ouer bewus van die feit dat die kind gedrag naboots. Identifiseer die negatiewe gedrag van die ouer en hanteer dit. Positiewe gedrag moet opgebou en bevorder word.

In die voorafgaande is die invloed van die ouers op die kind bespreek ten opsigte van oorgewig of vetsug. Sisteem 2 bestaan nie slegs uit ouers nie, maar ook die breër gesin. Die kind leef binne 'n gesinsisteem waar die ouer 'n belangrike rol as opvoeder en ondersteuner speel. Die proses wat in die gesin gevolg word, stem ooreen met die gevallewerkproses, maar tegnieke geskik vir die gesin word aangewend soos in Lowenstein (2010:1-303), Geldard *et al.* (2013:78-93), Berg en Steiner (2003:35-40) en Higgins-Klein (2013:69-105) voorkom. 'n Gesamentlike onderhoud met die gesin, asook individuele onderhoude met gesinslede oor 'n tydperk en volgens die werker se vaardighede met behulp van verskeie tegnieke, sal die nodige inligting vir intervensie verskaf. Soos reeds genoem, is die kindsisteem en die gesinsisteem in noue kontak en sal aspekte van die gesinsisteem reeds tydens behandeling van die kindsisteem aangespreek wees. Vervolgens word die aspekte van belang in die gesinsisteem bespreek.

Tabel 5.4: Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 2 - gesin

Intervensie: Psigososiaal – Sisteem 2: Die gesin

Die psigososiale aspek met betrekking tot die gesin behels die invloed op en bydrae wat die gesin tot die kind se gewigstoename kan maak.

<u>Negatiewe gesinsverhoudinge</u>		
Negatiewe gesinsverhoudinge kan 'n invloed op die kind se gewig hê. Die scenario wat in die gesin bestaan en afspeel, kan die gewigsprobleem negatief versterk. Onderlinge sibbekonflik kan tot 'n verdere gevoel van verwerping en minderwaardigheid by die oorgewig of vetsugtige kind lei.		
	Intervensiefokus: Gesin	Moontlike intervensie van spanlede
Gesinsverhoudinge	<p>Die rol van die ouers moet in ag geneem word in gesinsverhoudinge, asook die gesin se scenario wat die gewigsprobleem kan versterk.</p> <p>Onderlinge sibbeverhoudings en konflik moet ook doeltreffend hanteer word aangesien dit tot 'n verdere gevoel van verwerping en minderwaardigheid by die oorgewig of vetsugtige kind kan lei.</p>	<p>Maatskaplike werker/ Sielkundige: Gesinsterapie en ouerleiding moet aangebied word indien daar onderlinge konflik en negatiewe verhoudings in die gesin voorkom.</p> <p>Die onderlinge verhoudings, wat die gehegtheid tussen ouer en kind insluit, is van belang.</p> <p>'n Negatiewe ouerskapstyl, waar negatiewe opmerkings en kritiek voorkom, beïnvloed gesinsverhoudinge en moet hanteer word.</p> <p>Aspekte soos konflikhantering, kommunikasievaardighede, toepassing van dissipline en grense, hantering van stres/trauma in die gesin, moet onder andere aandag geniet (Geldard <i>et al.</i>, 2013:88-90; Lowenstein, 2010:1-311).</p>

Lewenstyl van die gesin

Die gesin se eetgewoontes, eetpatroon, fisieke aktiwiteite en alledaagse bedrywighede word as hul lewenstyl gesien. Die lewenstyl van die gesin kan die kind se oorgewig en vetsug negatief beïnvloed. In disfunksionele gesinne raak die lewenstyl van die gesin die kind se gewig veral negatief.

	Intervensiefokus: Ouer en gesin	Moontlike intervensie van spanlede
Lewenstyl	Voorkomende en bewusmakingsprogramme ten opsigte van die erns van die invloed van oorgewig of vetsug op die kind is van kardinale belang, aangesien ouers dan in staat is om voorkomend op te tree. Om die negatiewe leefstyl van die gesin te hanteer moet die disfunksionaliteit wat in die gesin voorkom eerstens geïdentifiseer word en dan hanteer word. Die ouer moet fisieke aktiwiteite by die huis stimuleer. Indien die gesin se leefstyl 'n besondere negatiewe effek op die kind toon, moet daar in belang van die kind opgetree word.	Maatskaplike werker/ Sielkundige: Die oorsaak van die negatiewe leefstyl moet ontgin en hanteer word. Balans tussen werk en gesin moet gevind word. Die ouers moet bewus wees van die negatiewe effek van 'n ongesonde leefstyl op die kind. In uiterste negatiewe gevalle moet statutêre ingryping oorweeg word. Opbouende en verrykende gesinsaktiwiteite moet ontgin en aangemoedig word. Dieetkundige: Kan die gesin bystaan in terme van eetgewoontes (Addendum 24). Kinderkinetikus: Bied aan die gesin die nodige fisieke aktiwiteite op 'n speelse wyse.

Trauma en stres in die gesin

Trauma en stres kan deur verskeie gebeure veroorsaak word, byvoorbeeld huwelikskonflik, egskeiding, dood van 'n geliefde, mishandeling of verwaarlosing, ens. en dit het verreikende gevolge. Onderlinge kompetisie en jaloesie tussen sibbes vir die aandag en aanvaarding van die ouer kan selfs tot stres in die gesin lei. Trauma en stres kan dus op individuele vlak en/of binne die gesin voorkom.

	Intervensiefokus: Ouer en gesin	Moontlike intervensie van spanlede
Trauma en stres	Die invloed van die moeder se emosionele toestand tydens swangerskap, veral indien dit negatief was, moet in ag geneem word in die gedrag wat die kind toon.	Maatskaplike werker/ Sielkundige: Traumaberading vir die hele gesin en individueel moet aanbeveel word indien trauma voorgekom het. Kommunikasie-vaardighede en konflikthantering binne die gesin moet aandag geniet.

	Intervensiefokus: Ouer en gesin	Moontlike intervensie van spanlede
	<p>Ander gebeure wat moontlik trauma en stres veroorsaak, moet ontgin word en in die gesin, of op individuele vlak hanteer word.</p> <p>Die ouers moet bewus wees van die onderlinge gevegte tussen sibbes en dit hanteer.</p> <p>Verskeie gedragsprobleme kan by die kind voorkom as gevolg van die diskriminasie, stigmatisering en viktimisering wat die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ervaar. Die kind kan hierdie diskriminerende gedrag in die gesin, sowel as by die skool ervaar. Die hantering van hierdie tipe optredes van ander teenoor die kind, is noodsaaklik.</p>	<p>Die opvoedkundige waarde van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram word toegepas aangesien die ouers en die kind bewus word van die negatiewe invloed van chroniese stres en trauma op die liggaam.</p> <p>Ontspannings- en stres hanteringstegnieke moet op individuele vlak en binne die gesin aangeleer word.</p>

Bogenoemde is aspekte wat tydens intervensie met die gesin, aandag behoort te geniet. Dit is nodig om die gesin se unieke probleme en struikelblokke deur die assesseringsproses te ontgin sodat die gesin se spesifieke behoeftes en probleme aangespreek word. Dit is wel so dat nie een gesin dieselfde is of funksioneer nie en daarom moet die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram voorsiening maak om die gesin se unieke behoeftes te hanteer.

5.3.3 Sisteem 3: Vriende en die skool

Die kind in die middelkinderjare spandeer 'n groot gedeelte van sy dag tussen vriende en by die skool. Dit is daarom noodsaaklik om die invloed van die skool- en vriendsisteem in ag te neem wanneer 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, saamgestel word. Metodes waarop die maatskaplike werker binne die skoolsisteem betrokke kan raak, is deur gesprekvoering met onderwysers en ouers, groepwerk in die skoolverband en individuele hulpverlening waar nodig. 'n Proses van bewusmaking en voorbereiding van die sisteem sal eers moet geskied voordat

die sisteem formeel betree word. Alle belanghebbendes in die skoolomgewing se toestemming moet verkry word alvorens enige intervensieproses mag plaasvind. Om die fenomeen in die skoolomgewing te hanteer, kan onderwysers opleiding ontvang deur kortkursusse wat deur die holistiese spanlede aangebied word. Vervolgens word bepaalde aspekte wat aandag behoort te geniet in die vriend- en skoolsisteem bespreek.

Tabel 5.5: Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 3 - vriende

<u>Intervensie: Psigososiaal – Sisteem 3: Vriende</u>		
Die psigososiale aspek met betrekking tot die vriende behels die invloed op en bydrae wat die vriende tot die kind se gewigstoename kan toon.		
<u>Portuurgroepverhoudings in die skool</u>		
Die verhoudings met vriende word hoofsaaklik negatief gerapporteer in die kwalitatiewe bevindinge. Stigmatisering, viktimisering en diskriminasie en selfs ostrakisme (verbanning) blyk voor te kom.		
	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Viktimisering, stigmatisering en diskriminasie	Ouers en onderwysers moet bewus wees van enige viktimisering, stigmatisering en diskriminasie wat die oorgewig of vetsugtige kind ervaar en die negatiewe gedrag van vriende teenoor die kind hanteer.	Onderwyser: Die houding van die onderwyser moet sodanig wees dat die kind voel hy/sy word aanvaar en dat probleme wat in die skoolomgewing ervaar word, met die onderwyser gedeel kan word. Negatiewe gedrag van kinders teenoor kinders moet nie deur die onderwysers in die skoolomgewing geduld word nie. Die nodige ondersteuning ten opsigte van boelieprogramme moet verkry word.
		Maatskaplike werker: Bied die nodige leiding aan skoolhoofde, onderwysers, ouers en ander belanghebbendes om die psigososiale impak van viktimisering en diskriminasie te hanteer. Hierdie aspek sluit die hantering van boeliegedrag binne die skoolomgewing in.

Vervolgens word die determinante en aspekte volgens maatskappelijke intervensies ten opsigte van die psigososiale aspek van die skoolomgewing en die maatskappelijke intervensie van spanlede se betrokkenheid en take bespreek.

Tabel 5.6: Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 3 - skool

<u>Intervensie: Psigososiaal – Sisteem 3: Skool</u>		
Die psigososiale aspek met betrekking tot die vriende behels die invloed op en bydrae wat die skool tot die kind se gewigstoename kan toon.		
<u>Fisiese aktiwiteite binne die skoolomgewing</u>		
Fisiese aktiwiteite by die skool moet bevorder en aangemoedig word. Daar moet op die ontwikkeling van vaardighede gefokus word. 'n Veilige omgewing moet geskep word waarbinne die kind vrylik kan beweeg om sodoende fisiese aktiwiteite te bevorder.		
	Intervensiefokus	Maatskappelijke intervensie van spanlede
Fisiese en Sportaktiwiteite	Die skool het 'n verantwoordelikheid en is in 'n ideale posisie om die kind van gesonde fisiese aktiwiteite te leer en om hul aan te moedig om hul aktiwiteitsvlakke te verhoog, asook om die nadele van te veel televisiekyk te besef.	Onderwyser: Die onderwyser moet daarop fokus om motoriese agterstande te identifiseer en te hanteer of te verwys. Die onderwyser se rol in die oplossing van veral diskriminasie, stigmatisering en viktimisering tydens sportaktiwiteite moet beklemtoon word. Die onderwyser moet geleentheid skep waar die kind fisiek aktief kan wees en terselfdertyd sy selfbeeld versterk.

	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Fisiese en sportaktiwiteite	<p>Kinders moet in die skoolomgewing aangemoedig word om aan sportaktiwiteite deel te neem. Fisieke aktiwiteite by skole moet nie net op spansport fokus nie, maar ook op lewenslange sportvaardighede om sodoende deelname te bevorder.</p> <p>Die onderwysers moet egter die nodige empatie en ondersteuning toon. Kemp en Pienaar (2011:4) wys daarop dat die kind wat oorgewig of vetsugtig is, minder selfvertroue toon om aan aktiwiteite deel te neem en fisieke ongemak in hul liggame ervaar. Die onderwyser moet bewus wees van hierdie feit en die kind aanmoedig om aan fisieke aktiwiteite, selfs tydens speelyd deel te neem.</p>	<p>Kinderkinetikus: Hulp is noodsaaklik indien daar motoriese of perseptuele uitvalle geïdentifiseer word.</p> <p>Maatskaplike werker/ Sielkundige: Onderwysers kan deur gesprekvoering of kortkursusse bewus gemaak word van die negatiewe impak van oorgewig of vetsug op die kind.</p> <p>’n Spanbenadering wat ten minste die maatskaplike werker, kinderkinetikus en dieetkundige insluit, word aanbeveel om inligtingsessies by skole aan te bied.</p>
<u>Eetgewoontes van die kind in die skoolomgewing</u>		
<p>Verskeie navorsers is van mening dat die skool ’n groot rol speel in die opvoeding van die kind in terme van die aanleer van voedingswaarde van voedsel en eetgewoontes. Die skool het ook ’n verantwoordelikheid teenoor kinders wat met oorgewig of vetsug leef om ’n positiewe, nie-diskriminerende omgewing daar te stel, wat gesondheid by die kind bevorder.</p>		
	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
	<p>Die skool kan hul verantwoordelikheid teenoor kinders wat met oorgewig of vetsug leef, nakom deur klein veranderinge by die skool te maak.</p>	<p>Maatskaplike werker: Het ’n rol te speel ten opsigte van bewusmaking, beïnvloeding en opvoeding in die skoolomgewing deur noue skakeling en goeie verhoudinge met skoolhoofde en beheerliggame op te bou. Elke skool se unieke uitdagings moet hanteer word.</p>
	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede

	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Eetgewoontes	<p>Veranderings, soos byvoorbeeld: die snoepie kan gesonde, gebalanseerde voedsel verskaf; meer fokus kan op gesonde, voedsame kospakkies geplaas word wat alle kinders se gesondheid positief sal beïnvloed; en skoon drinkwater by 'n skoon kraan moet beskikbaar wees.</p> <p>Ouers kan ook deur die skool aangemoedig word om gesonde eetpakkies vir kinders saam te stel. Bestaande skoolvoedingsprojekte moet aangemoedig word om gesonde, gebalanseerde voedsel aan die kinders te voorsien.</p>	<p>Onderwysers: Nuwe ontwikkeling ten opsigte van voeding en fisieke aktiwiteite moet deurentyd vanuit die akademie tot op die grondvlak deurfilter en in die kurrikulum, byvoorbeeld in die vak Lewensoriëntering, ingesluit word. Die program <i>Eat Well & Keep Moving</i> (Cheung <i>et al.</i>, 2016) is só 'n voorbeeld met 'n volledig kurrikulum van 13 lesse wat vir die onderwyser in die klaskamer ontwikkel is, aangewend kan word. Dit is 'n volledige, goed-beplande program wat gesonde eetgewoontes en fisieke aktiwiteite hanteer.</p> <p>Hierdie program moet egter aangepas word vir die Suid-Afrikaanse skoolstelsel of 'n alternatief moet geskep word. Die psigososiale/emosionele determinant ontbreek in hierdie program en die individuele behoeftes/probleme van die kind word nie hanteer nie, dus is die betrokkenheid van die maatskaplike werk/sielkundige/dieetkundige van belang.</p>
<u>Lae skoolprestasie van die kind</u>		
Lae skoolprestasie blyk by die oorgewig of vetsugtige kind voor te kom. Die kinders toon lae deursettingsvermoë of kan tot perfeksonisme geneig wees, wat albei tot onderprestering kan lei.		
	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
	Walsh (2010:206) wys daarop dat die opvoedkundige sektor die eerste was om oplossingsgedrewe groepwerk te verwelkom.	Maatskaplike werker/ Sielkundige: Die skoolomgewing bied die moontlikheid om op individuele vlak met 'n kind te werk of groepwerk kan aangebied word.

	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Lae skoolprestasie en ander behoeftes/probleme	<p>Onderprestering van kinders wat met oorgewig of vetsug leef, moet hanteer word. Stel vas of die onderprestering weens emosionele probleme of as gevolg van die kind se vermoë voorkom.</p> <p>Stigmatisering en viktimisering in die skoolomgewing wat boeliegedrag insluit wat tot lae skoolprestasie kan bydra, moet hanteer word (kyk ook psigososiale portuurgroepverhoudinge in hierdie hoofstuk).</p>	<p>Spesifieke onderwerpe/probleme, soos viktimisering, stigmatisering en diskriminasie wat in die skool geïdentifiseer is, kan dan hanteer word. Antiboeliegedragprogramme binne die skoolomgewing is so 'n voorbeeld. Dit blyk uit die literatuurstudie dat programme nie net die leerders nie, maar ook die onderwysers kan insluit.</p> <p>Enige program wat binne die skoolomgewing aangebied word, se doel is dat die kind as 'n waardige, sosiale maat aanvaar moet word. Om aanvaarbaarheid te bewerkstellig moet die kind homself en sy liggaam, die positiewe en negatiewe eienskappe, aanvaar. Aanvaarding van die 'self' geskied eerstens binne die veilige omgewing van die gesin en dan in die skoolomgewing, dus kan die gesinsisteem, indien nodig by die hantering betrek word.</p> <p>Onderwyser: Identifiseer en hanteer onderprestering by die kind – die oorsaak moet ontgin word. Indien die oorsaak emosioneel van aard is, kan die maatskaplike werker of sielkundige toetree.</p>

Vanuit die skoolsisteem word die gemeenskap of buurt gevorm. Hierdie sisteem word vervolgens bespreek.

5.3.4 Sisteem 4 - Gemeenskap

Die holistiese spanbenadering moet selfs in die breë gemeenskap figureer. Die rol van die maatskaplike werker is om kritiese denke binne die maatskaplike omgewing toe te pas en die nodige behoeftes en/of probleme te identifiseer. Binne die spanbenadering

moet die nodige professionele vaardighede aangewend word om oplossing vir die behoeftes en/of probleme van die gemeenskap te vind. Vanuit hierdie strategie word die nodige voorkomende en ondersteuningsprogramme vir die gemeenskap van stapel gestuur. Die volgende psigososiale determinante en aspekte vir die gemeenskap en die holistiese span word in die onderstaande tabel bespreek.

Tabel 5.7: Intervensie van die psigososiale aspek met betrekking tot Sisteem 4 - Gemeenskap

<u>Intervensie: Psigososiaal – Sisteem 4: Gemeenskap</u>	
Die psigososiale aspek met betrekking tot die gemeenskap behels die invloed op en bydrae wat die gemeenskap tot die kind se gewigstoename het.	
<u>Faktore binne die gemeenskap wat tot oorgewig of vetsug bydra</u>	
Faktore binne die gemeenskap wat kan tot oorgewig of vetsug by die kind bydra, is onder andere die veiligheid in die gemeenskap en die voorkeur en gewoontes ten opsigte van voedsel.	
Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
<p>Die algemene onveiligheid in die gemeenskap kan stres veroorsaak en die leefstyl van die gesin negatief strem.</p> <p>Die veiligheid en misdaad in Suid-Afrika weerhou kinders om vry in parkte te speel, skool toe te stap en in die gemeenskap fiets te ry.</p> <p>Kinders word al hoe meer na skole vervoer, as gevolg van ouers se bekommernisse oor hul kinders se veiligheid (besering deur motors en gevaarlike persone). Vrees en bekommernis oor veiligheid in die gemeenskap veroorsaak dat buitenshuise aktiwiteite verhinder word.</p>	<p>Maatskaplike werker: Tree as fasiliteerder, onderhandelaar en advokaat vir die gemeenskap op. Skep in samewerking met die gemeenskap ruimtes waarin kinders vry en veilig kan speel en beweeg. Skeppende oplossings moet vir die krisis gevind word.</p> <p>Hierdie aspek kan nie net op 'n individuele vlak nie, maar moet op gemeenskapsvlak en nasionale vlak hanteer word. Gemeenskapsbetrokkenheid kan verkry word deur bestaande gemeenskaps-inisiatiewe te betrek, byvoorbeeld die plaaslike buurtweg.</p>

	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Veiligheid in die gemeenskap	<p>Daar bestaan nie voldoende parke of veilige plekke vir kinders om in te speel nie en moet geskep word. Die gemeenskap moet aangemoedig word om betrokke te raak om veilige ruimtes vir kinders te skep. Die gemeenskap kan ook meer fisiek aktief raak en so veiligheid in hul strate terugneem.</p> <p>Aangesien die meeste van hierdie kinders by skole betrokke is, kan die skoolgemeenskap na-ure as die veilige gemeenskap vir speel en fisieke aktiwiteite aangemoedig word. Verdere oplossings vir hierdie aspek moet binne gemeenskappe gevind word.</p>	Op gesinsvlak moet die ouers bewus gemaak word van negatiewe onderlinge gesprekke en denke aangaande die veiligheid van die gemeenskap, sodat die kind nie in vrees leef as gevolg van ouers se vrese nie.
<u>Voorkeure en gewoontes in die gemeenskap</u>		
Aangeleerde voorkeure en gewoontes ten opsigte van eetgewoontes en voedsel bestaan in gemeenskappe.		
	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
Eetgewoontes	<p>Daar bestaan aangeleerde voorkeure en gewoontes ten opsigte van die tipe voedsel en eetgewoontes in gemeenskappe.</p> <p>Kulturele agtergronde moet in ag geneem word, maar indien gewoontes skadelik is/raak vir die kind, moet dit ook binne die gemeenskap aangespreek word, byvoorbeeld die uiteet-kultuur wat in die meeste Westerse lande posvat en bemarking/advertensies wat op kinders gerig is</p>	<p>Dieetkundige: Strategieë vir druk om sosiale verandering mee te bring, moet op nasionale vlak plaasvind sodat beleid ten opsigte van kommersiële advertensies, inligting op voedsel-etikette en spyskaarte van restaurante verskerp en strenger toegepas word.</p> <p>Hierdeur kan die verbruiker ingeligte besluite neem. Die kind van ongeveer 10 jaar oud moet in staat wees om self 'n voedsel-etiket te kan lees.</p>

	Intervensiefokus	Moontlike intervensie van spanlede
		<p>Verskaf gratis inligting aan die gemeenskap wat gesonde parameters vir liggaamsgewig en die nuwe voedselpiramiede insluit deur die plaaslike mediese dokters, dieetkundiges, bio- en kinderkinetici, ens. te betrek.</p> <p>Eenvoudige boodskappe wat gesonde, gebalanseerde voedsel adverteer moet nagestreef word.</p>
Gemeenskapsprogram	<p>Die CHL-program (Children's Healthy Living) moet vir die Suid-Afrikaanse konteks ontwikkel word (Fialkowski <i>et al.</i>, 2014:2261-2274).</p> <p>Hierdie program fokus op die betrokkenheid van die gemeenskap om die gemeenskap van die kind te verander met fisieke aktiwiteite en die inname van gesonde voedsel om oorgewig en obesiteit by kinders te voorkom.</p> <p>Hierdie program identifiseer veral ses fokusareas: (a) verhoging van die inname van groente en vrugte; (b) verhoging van die inname van water; (c) afname in die inname van suiker-versoete koeldranke; (d) meer fisieke aktiwiteite; (e) vermeerder die ure van slaap; en (f) verminder skermtyd, byvoorbeeld televisie en rekenaars.</p>	<p>Hierdie program neem egter nie die Suid-Afrikaanse konteks in ag nie en oplossings moet gevind word vir die veiligheid van kinders in die gemeenskap en die hoë gebruik van motors as vervoermiddel.</p> <p>Die holistiese spanbenadering kan met sukses in hierdie program aangewend word.</p>

5.3.5 Evaluering en afsluiting

Evaluering en afsluiting is die laaste fase binne die gevallewerkproses en ook die afsluiting van die intervensie met die kind self. Intervensie in die skool- en gemeenskapsisteem kan wel onbepaald voortduur om die gemeenskap waarin die mens leef te verander. Intervensie met 'n spesifieke kind moet egter binne 'n spesifieke tydraamwerk plaasvind met 'n aanvangs- en afsluitingspunt. Die werker moet die kind vroegtydig vir hierdie fase voorberei. Corcoran (2011:174) verwys na drie take in die afsluitingsfase en dit word deur Geldard *et al.* (2013:56-57, 91-93), bevestig, naamlik: (1) evaluering van die werk wat gedoen is, (2) hantering van gevoelens met betrekking tot die afsluiting, en (3) beplanning vir die toekoms. Evaluering behels die bespreking van die doelwitte wat gedurende die intervensiefase bereik is en wat veranderings teweeg gebring het. Hierdie proses bemagtig ook die kind om krediet te aanvaar vir verandering wat plaasgevind het. Die kind se gevoelens moet in ag geneem word tydens die afsluitingsfase en moet ooreenkomstig hanteer word, anders kan die kind gevoelens van verwerping, verlies of 'n gevoel van straf ervaar (Landreth, 2002:361). Dit is egter belangrik om die verandering wat gemaak is verder aan te moedig sodat die kind verder sal groei in die verandering tot optimale fisiese, emosionele en psigososiale funksionering (Corcoran, 2011:174-175; Cournoyer, 2011:425-431; Geldard *et al.*, 2013:56-57).

5.3.6 Aanbevole bibliografie

Die volgende hulpmiddels en werkboeke kan deur die holistiese span ter ondersteuning van intervensie aangewend word. Die bepaalde bibliografie, soos dit aangedui is, kan aan ouers van kinders met oorgewig of vetsug voorsien word sodat die ouer die fenomeen beter kan verstaan. Die kerngedagtes/behandeling van die werkboek/hulpmiddel wat op hierdie navorsing van toepassing is, word eerstens weergegee en dan word die bibliografiese gegewens van die boek/hulpmiddel verskaf. Hierdie hulpmiddels is bloot aanvullende materiaal wat deurlopend in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram gebruik kan word.

- **Konflikhantering en woedebeheer, probleemoplossing, ontspanningstegnieke, emosionele regulering, en selfgeldende gedrag**

Sukhodolsky, D.G. & Scahill, L. 2012. Cognitive-Behavioral Therapy for Anger and Aggression in Children. New York: The Guilford Press.

- **Emosionele bewuswording, selfkennis, selfbeeld, kommunikasievaardighede, emosionele beheer, hantering van kritiek en konflikhantering**

Le Roux, R. & de Klerk, R. 2001. Emosionele Intelligensie – Die alles-in-een-werkboek vir optimale persoonlike groei! Kaapstad: Human & Rousseau.

- **Selfbeeld, kommunikasievaardighede, konflikhantering, selfgeldende gedrag, stel van emosionele en fisieke grense, beskerming teen fisieke mishandeling**

Geldard, K., Geldard, D. & Yin Foo, R. Counselling Children – A Practical Introduction. 4th ed. Los Angeles: SAGE (p. 261-285).

- **Ouerskapleiding**

Gordon, T. 2000. Parent Effectiveness Training – The proven program for raising responsible children. New York: Three Rivers Press.

- **Ontspanningstegnieke deur visualisering en gefokusde besprekingspunte wat ontspanning, leer en selfbeeld by kinders bevorder**

Allen, J.S. & Klein, R.J. 1996. Ready. Set ... R.E.L.A.X. – A Research Based Program of Relaxation, Learning and Self Esteem for Children. Wisconsin: Inner Coaching.

- **Stresontlading en ontspanningstegnieke**

Frydenberg, E., Deans, J. & O'Brien, K. 2012. Developing Everyday Coping Skills in the Early Years – Proactive Strategies for Supporting Social and Emotional Development. London: Continuum International Publishing Group.

- **Metafore vir die bewuswording van die liggaam en behandeling van angs, slaapprobleme, sosiale angstigtheid, aggressiebeheer, gesinsamestelling en prikkelbare dermsindroom by kinders.**

Thomson, L. 2005. Harry the Hypno-potamus – Metaphorical Tales for the Treatment of Children. Wales, UK: Crown House Publishing Ltd.

- **Gemeenskapsprogram om vroeë kindervetsug te voorkom**

Fialkowski, M.K., DeBaryshe, B., Bersamin, A., Nigg, C., Guerrero, R.L., Rojas, G., Areta, A.A.R., Vargo, A., Belye-Camacho, T., Castro, R. & Luick, B. 2014. A Community Engagement Process Identifies Environmental Priorities to Prevent Early Childhood Obesity: The Children's Healthy Living (CHL) Program for Remote Underserved Populations in the US Affiliated Pacific Islands, Hawaii and Alaska. *Matern Child Health Journal*, 18:2261-2274.

- **Handleiding vir onderwysers**

Hierdie handleiding bied 'n volledige kurrikulum met 13 lesse aan onderwysers. Dit is 'n volledige, goed-beplande program wat gesonde eetgewoontes en fisieke aktiwiteite hanteer. Hierdie program moet egter vir die Suid-Afrikaanse skoolstelsel aangepas word.

Cheung, L.W.Y., Dart, H., Kalin, S., Otis, B. & Gortmaker, S.L. 2016. Eat well & keep moving: An interdisciplinary curriculum for teaching upper elementary school nutrition and physical activity. 3rd ed. Champaign, IL, USA: Human Kinetics.

- **Die bevordering van fisieke aktiwiteite in die skool**

Brown, J. 2011. MEND central. Move it. <http://www.mendmoveit.org/>

- **'n Negeweektuishelpprogram vir ouers wat verandering in eetgewoontes, fisieke aktiwiteite en gedragsverandering by kinders wil bevorder**

David, L. 2007. Ending the food Fight – Guide your Child to a Healthy Weight in a Fast Food/Fake Food World. New York: Houghton Mifflin Company.

Die hantering van die psigososiale/emosionele determinant binne die gesinsverband ontbreek egter in hierdie programme en moet aandag geniet om volhoubare verandering te bewerkstellig.

- **'n Twaalfweektuishelpprogram vir ouers wat verandering in eetgewoontes, fisieke aktiwiteite en gedragsverandering wil bewerkstellig**

Sothorn, M.S., von Almen, T.K. & Schumacher, H. 2001. Trim Kids – The proven 12-week plan that has helped Thousands of Children Achieve a Healthier Weight. New York: Collins.

Die hantering van die psigososiale/emosionele determinant binne die gesinsverband ontbreek egter in hierdie programme en moet aandag geniet om volhoubare verandering te bewerkstellig.

- **Riglyne vir ouers ten opsigte van eetgewoontes, fisieke aktiwiteite en selfbeeld**

Sullivan, K. 2004. How to help your overweight child. London: Rodale.

Die hantering van die psigososiale/emosionele determinant binne die gesinsverband ontbreek egter in hierdie programme en moet aandag geniet om volhoubare verandering te bewerkstellig.

- **Riglyne vir ouers om met hul kinders oor hul gewig en gesondheid te gesels**

Kahan, S. & Ehrlich, G. 2016? Weigh in – Talking to your children about weight + health. <http://stopobesityalliance.org/research-and-policy/alliance-initiatives/families/>. Date of access: April 2016.

- **Aktiwiteite vir gesinsterapie**

Lowenstein, L., ed. 2010. Creative Family Therapy Techniques – Play, Art and Expressive Activities to Engage Children in Family Sessions. Toronto: Champion Press.

5.4 Samevatting

In hierdie hoofstuk is 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vanuit die ekosistemiese teorie weergegee waarin die kind, die ouers en gesin, vriende en die skool, asook die gemeenskap 'n rol speel. Die data vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is vanuit die literatuurstudie en die kwalitatiewe bevindinge verkry. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram sluit drie hoofemas in, naamlik die fisiese, emosionele, en psigososiale aspekte. Die kind-sisteem word grootliks binne die hoofemas, fisiese en emosionele aspekte beskryf, met die onderskeie determinante of aspekte soos dit uit die studie geïdentifiseer is. Die hoofema psigososiaal, sluit die ouers en gesin, die skool en vriende en die gemeenskap as onderskeie sisteme in. Elke sisteem is ook volgens hul onderskeie determinante en aspekte bespreek. Elke sisteem is

volgens die nodige intervensie beskryf en die betrokkenheid en moontlike take van die holistiese spanbenadering is weergegee.

6. HOOFSTUK 6: SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word 'n samevatting gegee van die belangrikste bevindinge ten opsigte van hierdie navorsing. Daar word vasgestel of die hoofbevindinge uit die ondersoek die gestelde doelwitte bereik het, waarna moontlike leemtes en beperkings in die ondersoek aangedui word. Aanbevelings vir verdere navorsing word ten slotte aangebied.

6.2 Gevolgtrekking van die navorsingsontwerp en prosedures

Die ondersoek is gerugsteun deur 'n verkennende, fenomenologiese ontwerp binne die paradigma van kwalitatiewe navorsing en is begrond vanuit die sosiaal-konstruktivistiese perspektief. Die navorsingsproses is gerig vanuit die intervensie-navorsing en is op die skep van nuwe intervensie gerig. Die doel van die navorsingsproses was om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram te ontwikkel en laasgenoemde het uit vyf fases bestaan, naamlik (1) probleem-ontleding en projekbeplanning, (2) data-insameling en sintese, (3) ontwerp, (4) evaluering en verfyning van die program, en (5) disseminasie. Intervensie-navorsing het die nodige raamwerk gebied waarvolgens die navorsingsproses gerig kon word en bied 'n ondersteunende vloei van fases wat nie stremmend tot die ondersoek is nie (kyk par. 1.9.2.2). Semi-gestruktureerde onderhoude aan die hand van die onderhoudskedule met die ouers en kundiges as deelnemers, het die nodige ondersteuning gebied om hooftemas en subtemas vir die ondersoek vas te stel. Die nodige ruimte is gelaat om deur verdere oop vrae dieper in spesifieke aspekte van belang te kon delf. Die navorsingsvrae kon dus deur die betrokke ondersoekmetode beantwoord word.

6.3 Gevolgtrekkings aangaande navorsingsbevindinge

Die samevattende gevolgtrekkings van die ondersoek word vervolgens weergegee deur die doelstelling en doelwitte van die ondersoek te hanteer.

6.3.1 Samevattende gevolgtrekking: Oorsaaklikheidsfaktore wat bydra tot die kind se gewigsprobleem

Die eerste doelwit, soos gestel in Hoofstuk 1 van die studie, was om 'n kritiese ontleding van die oorsaaklikheidsfaktore wat tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare bydra, te doen.

Die oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig of vetsug word in die **literatuurstudie** binne die endogene en eksogene faktore geklassifiseer en is interafhanklik van mekaar. Die oorsaaklikheidsfaktore (kyk par. 2.4), soos in die literatuur geïdentifiseer, behels die volgende determinante, naamlik: genetiese, biologiese-, psigososiale en omgewingsdeterminante, asook emosionele en gedragsdeterminante. Daar is aangedui dat elke determinant onomwonde tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare bydra.

In die **empiriese bevindinge** is drie subtemas onderskei, naamlik: die fisiese, emosionele, en die psigososiale aspekte van die kind (kyk par. 4.10). Hierdie drie subtemas vind aansluiting by die literatuur op die volgende wyse. Die fisiese aspek sluit alles met betrekking tot die liggaam van die kind in. Dit behels onder andere die genetiese aspek, biologiese aspek, eetgewoontes, fisieke voorkoms en fisieke aktiwiteite van die kind. Die emosionele aspek, volgens die empiriese bevindinge, sluit die emosionele en gedragsdeterminante, soos uit die literatuurstudie aangetoon, in. Die emosionele aspekte wat onderskei kan word, is trauma, vernedering, stigmatisering, viktimisering, diskriminasie, selfregulering en beheer, en die selfkonsep van die kind. Die psigososiale aspek van die empiriese bevindinge behels die psigososiale determinant en die omgewingsdeterminant van die literatuur. Hierdie aspek omvat die rol van die ouer- en gesinsisteem, vriend- en skoolsisteem asook die gemeenskapsisteem.

Die volgende **fisiese aspek** het uit die literatuurstudie en empiriese data na vore gekom. Die genetiese oorsaak dui aan dat 'n kind 'n genetiese geneigdheid tot oorgewig of vetsug toon en daarom moet die familiegeskiedenis tydens die assessering van die kind in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in ag geneem word. Die genetiese samestelling moet egter nie as lotsbepalend beskou word nie. Hierdie feit moet juis aangewend word om as motivering vir 'n gesonde lewenswyse, gesonde eetgewoontes, en die versterking

van die liggaamsbeeld te dien. Die biologiese oorsaak-gevolg van die kind sluit die neurologiese, endokrinologiese (hormonale), slaappatrone, asook stres en outonome sensuweestelsel-funksies in (verwys na par. 2.4.2). Langdurige vetsug en oorgewig kan onomkeerbare biologiese veranderinge in die liggaam teweegbring wat deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram verhoed moet word. Die ouers meen die gebruik van spesifieke medikasie kan tot gewigstoename lei en dien as voorbeeld van 'n chemiese stof wat biologiese veranderinge in die liggaam teweeg kan bring. Die literatuur en die empiriese bevindinge dui verder daarop dat die honger- en versadigingseine in ag geneem en beheer moet word. Indien die kind aangemoedig word om al sy sintuie in te span en bewustelik en stadig te eet, vind sensories-spesifieke versadiging vinniger plaas. Dit kan tot die vermindering van voedsel-inname lei. Die vermindering van stres tydens maaltye bevorder die liggaam se bewustheid ten opsigte van honger- en versadigingseine. Breinboodskappe word meer effektief na die brein gestuur om voedsel-inname aan te moedig of te inhibeer wat optimale spysvertering bevorder. Die gebrek aan slaap bring sekere biologiese veranderinge in die liggaam mee. Die ouers wys daarop dat die kinders swak slaappatrone het en dikwels laat gaan slaap. Die bevordering van gesonde slaappatrone, streshanteringstrategieë en ontspanningstegnieke word dus in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangemoedig om die toename in gewig teë te werk. Die eetgewoontes van die kind blyk problematies te wees. Alhoewel voedsel vir hierdie kinders belangrik is en verveeldheid dikwels as rede vir die inname van oormatige voedsel aangevoer word, dui ouers min grense aan met die inname van ongesonde voedsel. Die dieetkundige kan veral die kind en ouer bystaan om gesonde eetgewoontes te vestig. Die holistiese span kan tydens behandeling hulp aan die kind en ouers bied om fisieke aktiwiteite en gesinsaktiwiteite voor te stel om verveeldheid te oorkom. Die negatiewe siening van die kind ten opsigte van sy fisieke voorkoms wat veral deur die vaders se onbewustelike negatiewe opmerkings versterk word, kan tot 'n afname in fisieke aktiwiteite lei. Die kind ervaar verder diskriminasie en viktimisering tydens sportaktiwiteite by die skool. 'n Redelike voorkoms van lae spiertonus by die kinders is ook deur die ouers aangedui wat tot die lae selfvertroue om aan fisieke aktiwiteite deel te neem, kan lei. Die holistiese maatskaplikewerk-

ondersteuningsprogram moet die kind dus aanmoedig om aan fisieke aktiwiteite deel te neem wat op 'n speelse wyse aangebied word.

Die **emosionele aspek** sluit die volgende in:

Die emosionele en gedragsdeterminant word volgens die literatuur as die negatiefste aspek van oorgewig of vetsug beskryf deurdat dit as die mees stigmatiserende en sosiaal onaanvaarbare toestand ervaar word (verwys na par. 2.4.4). Verskeie emosionele gevolge naas stigmatisering, naamlik depressie, viktimisering, diskriminasie, teistering en gespot wat tot vernedering lei, asook lae selfbeeld, swak liggaamsbeeld, lae liggaamstevredenheid, trauma, negatiewe selfregulering en beheer, kom in die literatuur na vore. Die negatiewe emosionele probleme kan tot eetversteurings en selfs tot selfmoordgedagtes lei. Hierdie negatiewe ervarings wat die kind beleef, vind nie net binne die skoolomgewing plaas nie, maar die ouers dui aan dat afbrekende gedrag dikwels in die gesin voorkom. Hierdie negatiewe, afbrekende ervaring lei dan volgens die ouers tot negatiewe gedagtes en liggaamsontevredenheid wat 'n swak selfbeeld by die kind tot gevolg het. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer dus nie net die fisieke aspek van die kind nie, maar die emosionele behoeftes en probleme van die kind word ontgin en deur die holistiese span hanteer, sodat moontlike optimale funksionering bevorder kan word.

Die **psigososiale aspek** sluit die volgende in:

Die psigososiale aspek van die kind word in die empiriese bevindinge vanuit die ekosistemiese teorie, naamlik die ouer-, gesin-, vriend- en skoolsisteem beskryf. Die literatuur dui ook die gemeenskapsisteem aan wat nie in die empiriese bevindinge na vore gekom het nie. Die maatskaplike werker het veral 'n besondere rol binne hierdie onderskeie sisteme te speel. Die psigososiale aspek sluit baie nou by die fisiese en emosionele aspek van die kind aan, maar die psigososiale aspek verwys spesifiek na die invloed van die sisteme op die oorgewig of vetsug van die kind. Die ouersisteem verwys na die sienings van die ouer met betrekking tot die fenomeen wat grootliks die onkunde en ontkenning van die probleem behels. Die betrokkenheid en toesig van die ouer by die kind word in die empiriese bevindinge gekenmerk deur onvoldoende gestruktureerde eetpatrone,

onvoldoende grense wat gestel word en inkonsekwente optredes van die ouers. Gewigsgebaseerde afbrekende of negatiewe gedrag van die ouers teenoor die kind wat die vorm van negatiewe opmerkings en konflik aanneem, het nie alleen 'n invloed op die kind se siening van homself nie, maar beïnvloed ook die gehegtheid tussen die kind en die ouer negatief. Die empiriese bevindinge dui verder aan dat die kind die ouer se gedrag naboots, dus moet die ouer bewus wees van die voorbeeld wat vir die kind gestel word ten opsigte van die ouer se eie swak eetgewoontes en die siening van die ouer se eie liggaam. Hierdie aspek sluit aan by die gesin se leefstyl waar die gesin nie meer om 'n tafel sit en eet nie en ouers weens lang werksure wegneem-etes bestel. Trauma en stres wat in die gesin ervaar word, is deur al die ouers in die navorsing aangetoon. Trauma en stres word nie alleen deur die gesin veroorsaak nie, maar negatiewe verhoudings met vriende kan ook hiertoe bydra. In die literatuur word daar bevind dat trauma en stres 'n negatiewe invloed op die kind se gewig het. Die hantering van die trauma en stres, en 'n positiewe leefstylverandering wat deur die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram bewerkstellig word, kan die kind moontlik tot optimale funksionering en sosiale aanvaarding lei. Die skool het ook 'n rol om die oorgewig of vetsug van die kind te hanteer. Die skool kan veral fokus op die verhoging van fisieke aktiwiteite binne die skoolomgewing. Die empiriese bevindinge dui aan dat die aktiwiteite op 'n speelse wyse lewenslange fisieke aktiwiteite moet bevorder en dat dit minder kompetisiegedrewe moet wees. Die veiligheid in die omgewing verhoed ook kinders om buite te speel, te stap, of fiets te ry. Die gemeenskapsisteam waarbinne die kind beweeg, moet dus ook volgens die literatuur tydens die intervensie van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in ag geneem word. Die verskeie ekosisteme speel dus 'n belangrike rol ten opsigte van die opvoeding, ondersteuning en leiding om 'n gesonde lewenswyse, gesonde eetgewoontes en fisieke aktiwiteitsvlakke na te streef. Indien die voorafgaande nie deur die ekosisteme waarbinne die kind leef vervul word nie, bied die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram die nodige riglyne aan die holistiese span sodat die kind moontlike tot optimale funksionering gelei kan word (kyk par. 5.3).

Op grond van hierdie bevindinge is doelwit een, naamlik om 'n kritiese ontleding van die oorsaaklikheidsfaktore wat tot die gewigsprobleem van die kind in sy middelkinderjare bydra, te doen, bereik.

6.3.2 Samevattende gevolgtrekking: Die behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef

Die tweede doelwit van die tesis was om te bepaal wat die behoeftes en/of probleme van die kind is wat met oorgewig of vetsug leef.

In die literatuurstudie word verskeie behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, uitgelig. Daar is ooreenstemming met die normale behoeftes of probleme van die kind in die middelkinderjare, maar tog word daar aspekte gevind wat net op die kind wat met oorgewig of vetsug leef betrekking het. Die kind se behoeftes word veral volgens Maslow se hiërargie van behoeftes beskryf (kyk par. 3.3.5).

In hierdie navorsing is bevind dat die kind 'n behoefte het dat sy fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme geïdentifiseer en hanteer moet word. Om hierdie totale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, te hanteer sodat die kind moontlike optimale funksionering beleef, is die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram daargestel. Hierdie holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer hierdie wye fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind. Die behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, kan samevattend as volg geïdentifiseer word.

Die kind het 'n behoefte aan voldoende voeding:

Die literatuur beweer dat borsvoeding die mees geskikte voeding vir babas is. Hierdie tipe voeding bevorder normale groeipatrone in die babafase wat latere oorgewig of vetsug blyk teen te werk. In die babajare en kleuterjare het die kind nie alleen 'n behoefte aan voldoende voeding nie, maar ook 'n behoefte om met voedsel te eksperimenteer en te ontdek. Die moeder kan dus, volgens die navorser, hierdie ontwikkelingsfase tydens etenstye benut om etenstye interessant, ontspanne en leersaam te maak. Die kind in die middelkinderjare

ervaar egter konflik tydens etenstye, soos aangedui deur die empiriese bevindinge, wat die behoefte aan optimale voeding, eksperimentering en ontdekking van voedsel kan verhinder. 'n Positiewe atmosfeer moet dus tydens maaltye geskep word sodat die kind se behoefte aan plesier ook in hierdie opsig vervul word. Indien die ouers gedurig wegneem-etes of gemorskos voorsien, word daar ook nie aan die kind se behoefte aan voldoende voeding voorsien nie. Die dieetkundige, as deel van die holistiese span, kan veral aan die ouers die nodige leiding en kennis ten opsigte van voldoende voeding vir die kind verskaf.

Die kind het 'n **behoefte aan beweging of fisieke aktiwiteite, struktuur en grense:**

Alhoewel die kind wat met oorgewig of vetsug leef wel volgens die empiriese bevindinge aan sportaktiwiteite deelneem, voldoen hul dikwels nie aan die voorgestelde hoeveelheid fisieke aktiwiteite per dag nie. Verskeie redes kan hiervoor aangevoer word. Die deelname aan fisieke aktiwiteite word grootliks deur die toename in skermtyd (televisie, iPad, ens.), die onveilige omgewing waarbinne die kind leef en swak motoriese vaardighede belemmer (verwys na par. 2.4.3.1). Daar moet dus meer struktuur en grense aan kinders gestel word sodat hulle aan genoegsame fisieke aktiwiteite deelneem. Die kind toon dus 'n behoefte aan struktuur, beperkings en grense binne sy gesinsomgewing. Hieruit word afgelei dat ouers die kinders kan aanmoedig om meer aktief te wees en self saam met die kinders fisiek aktief moet wees.

Die kind het 'n **behoefte aan genoegsame slaap:**

Te min slaap korreleer met emosionele en gedragsprobleme, asook metaboliese veranderinge in die liggaam (kyk par. 2.4.2.7). Die literatuur toon aan dat 'n gebrek aan slaap tot gewigstoename kan lei deurdat dit verskeie hormone negatief beïnvloed. 'n Gebrek aan slaap kan selfs 'n niehormonale effek op die liggaam toon deurdat die kind bloot net te moeg is om fisiek aktief te wees. Die kind het dus 'n behoefte dat 'n goeie slaapydroetine gevestig word om so genoegsame slaap te kry.

Die kind het 'n **basiese behoefte aan liefde en sekuriteit:**

Eerstens het die kind voor geboorte 'n behoefte aan veiligheid en 'n gevoel van geborgenheid. Trauma en stres in hierdie fase bring negatiewe gevolge ten opsigte van die kind se gewig mee deurdat die kind minder motoriese bewegings toon (kyk par. 3.7). Benewens die voorgeboortelike spanning by die moeder, is trauma en stres wat later in die kind se lewe ervaar word deur die empiriese studie bevestig, soos byvoorbeeld: hospitalisasie, die dood van 'n geliefde, en swak gesinsverhoudinge. Hierdie trauma en stres kan hormonale veranderings in die liggaam te weeg bring wat tot gewigstoename kan lei. Volgens Erikson het die kind dus 'n behoefte om deur sy hele ontwikkelingsfase in 'n veilige, geborge omgewing te leef en te ontwikkel. Binne hierdie geborge omgewing moet die kind sekere krisisse hanteer om 'n spesifieke sinteses te internaliseer. Die navorser stel dit dat die kind in die middelkinderjare wat nie in 'n geborge en liefde volle omgewing leef nie, 'n gevoel van minderwaardigheid kan ontwikkel wat deur die voorkoms van oorgewig of vetsug kan toeneem. Hierdie minderwaardigheidsgevoel sal die kind dus deur sy lewe negatief beïnvloed en die kind kan byvoorbeeld van fisieke aktiwiteite onttrek wat dan nie optimale funksionering sal bevorder nie.

Die kind het 'n **behoefte aan 'n gesonde selfbeeld of selfagting, dus die gevoel van selfwaarde:**

Die literatuur wys daarop dat die negatiewe persepsie van die liggaam en 'n onbereikbare ideale liggaamsbeeld die konsep *liggaamsontevredenheid* na vore bring (verwys na par. 3.3.6.1). Verder word aangetoon dat die kind se persepsie van die liggaamsbeeld en die nastreef na die idee van die ideale liggaam met oorgewig of vetsug geassosieer word. Die genetiese geneigdheid van oorgewig of vetsug moet volgens die navorser in ag geneem word, sodat die kind en ouers nie onrealistiese verwagtings met gewigsbeheer koester nie en die kind se behoefte aan 'n gesonde selfbeeld en 'n gevoel van selfwaarde nie skade ly nie. Die kind het dus verder 'n behoefte aan die erkenning van sy totale menswees en daarom is die ervaring van viktimisering en stigmatisering as gevolg van die kind se gewig so traumaties.

Die kind het 'n **behoefte aan aanvaarding:**

Die empiriese data wys dat die kind onder andere, viktimisering, stigmatisering en diskriminasie deur die ouers, gesin en vriende as gevolg van die oorgewig of vetsug ervaar. Bogenoemde aspekte kan, volgens die literatuur, die kind se selfvertroue belemmer wat tot liggaamsontevredenheid kan lei. Die navorser is dus van mening dat die kind 'n behoefte het om aanvaar te word ten spyte van sy voorkoms. Die navorser meen verder dat die kind 'n behoefte het dat gesagsfigure soos die ouers en onderwysers op 'n positiewe wyse vir die kind intree indien negatiewe gedrag teenoor die kind getoon word.

Die kind het 'n **behoefte aan beheer en verantwoordelikheid**:

Die kind in die middelkinderjare word volgens die literatuur meer gekonfronteer met ongesonde eetpatrone as gevolg van die blootstelling aan voedsel in die skoolomgewing en ouerlike beheer wat in hierdie fase afneem (kyk parr. 2.4.3.3.1. en 2.4.3.3.2). Indien die kind egter verantwoordelikheid vir sy lewe aanvaar, sal die kind ook verantwoordelikheid vir sy eetgedrag en fisieke aktiwiteite aanvaar. In die empiriese bevindinge dui 'n mediese dokter aan dat die kind meer betrek moet word by voedselvoorbereiding en algemene besluitnemingsprosesse in die gesin. Die kind se behoefte aan bekwaamheid en bevoegdheid sal dan ontwikkel en vervul word.

Op grond van hierdie bevindinge is die tweede doelwit, naamlik om te bepaal wat die behoeftes en/of probleme is van die kind in die middelkinderjare wat met oorgewig of vetsug leef, bereik.

6.3.3 Samevattende gevolgtrekking: 'n Holistiese maatskaplikewerk- ondersteuningsprogram

Die derde doelwit van die navorsing was om 'n holistiese maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram saam te stel wat aan die fisiese, emosionele en
psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug
leef, te voldoen.

Volgens Maslow se hiërargie van behoeftes, kan die metabehoeftes nooit totaal
bevredig word nie, maar tog kan die kind deur die holistiese maatskaplikewerk-
ondersteuningsprogram aangemoedig en gemotiveer word om moontlike optimale

funksionering te bereik. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram word volgens die ekosistemiese teorie, in terme van die kind-, ouer-, gesin-, vriend- en skoolsisteem en die gemeenskap as sisteem, weergegee (verwys na par. 5.3). Die literatuur dui aan dat elke sisteem interafhanklik van mekaar is en dus 'n positiewe of negatiewe invloed op mekaar toon. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram maak verder voorsiening dat verskeie professies binne 'n holistiese spanbenadering betrek word sodat effektiewe assessering en behandeling van die kind verseker kan word. Die empiriese data toon dat die maatskaplike werker 'n besondere rol het om te speel in die hantering van oorgewig of vetsug. In die literatuur word daar aangetoon dat die maatskaplike werker in die beste belang van die kind moet optree, ook ten opsigte van die hierdie fenomeen. Die betrokkenheid van die onderskeie professies word tydens die assesseringsfase van die kind bepaal en elke professionele lewer hul unieke hanteringstrategieë tydens die intervensiefase. Samewerking, kommunikasie en onderlinge vertroue tussen die verskillende professies is dus van groot belang. Die intervensie moet die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme soos in die empiriese data uitgewys is, aanspreek.

Op grond van die literatuur word die kritieke aspekte vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram geïdentifiseer. 'n Voorvereiste van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is dat dit by die kind se ontwikkelingsfase aangepas moet word. Dit sluit Piaget se kognitiewe ontwikkelingsteorie en die psigososiale ontwikkelingsteorie van Erikson in (verwys na parr. 3.3.2.1 en 3.3.5.3). Verder moet daar nie rigiede assesserings- en hulpverleningsmetodes toegepas word nie, maar dit moet by die kind se behoeftes en/of probleme aansluiting vind. Die negatiewe oorsake en gevolge van oorgewig of vetsug moet dus aan die hand van die kind se belewing in die hier-en-nou hanteer word en nie noodwendig aan die hand van toekomstige negatiewe gevolge of gefokus op gewigsverlies nie.

Die navorsingsdata bied volgens die verskeie sisteme verdere kritieke aspekte vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die eerste sisteem, naamlik die kind wat met oorgewig of vetsug leef, word in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vanuit die aanvangs-, assesserings-,

doelwitbepaling, intervensie- asook evaluering en afsluitingsfase ontwikkel. Intervensie in hierdie sisteem sluit die fisiese en emosionele aspek van die kind in. Die fisiese aspek behels die genetiese en biologiese oorsake van oorgewig of vetsug. Die invloed van die kind se fisiese ontwikkeling, kognitiewe ontwikkeling, perseptuele ontwikkeling, motoriese ontwikkeling, fisieke voorkoms, fisieke aktiwiteite en eetgewoontes is verdere aspekte wat in hierdie sisteem aandag geniet. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram maak ook voorsiening vir die kind se emosionele aspek wat die hantering van traumatiese gebeure en vernederende ervarings, stigmatisering, selfregulering en beheer asook die beleving van die selfkonsep insluit. Die hantering van die fisiese en emosionele aspek van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram met behulp van die holistiese spanlede lei dus moontlik tot optimale funksionering van die kind.

Die tweede sisteem, naamlik die ouers, toon veral 'n invloed op die kindsisteem. Die literatuur dui aan dat die ouerskapstyl, die temperament van die ouer en die kind, asook die gehegtheid tussen die ouer en kind 'n belangrike rol in hierdie sisteem speel en is ingesluit in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram. Die rol wat die ouers in die oplossing van die fenomeen speel, word in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer. Aspekte wat die empiriese data aangetoon het wat hanteer moet word, is die ouers se siening van die oorgewig of vetsug, die betrokkenheid en toesig van die ouer by die kind, afbrekende of negatiewe gedrag van die ouer, en die oorbeskerming van die kind, asook die nabootsing van die ouer deur die kind. Die gesin se rol tydens die intervensiefase word ook aangedui en oplossings vir probleemsituasies soos gesinsaktiwiteite, fisieke aktiwiteite, vryetydsbesteding, slaap- en eetpatrone, en eetgewoontes word aangebied. Die holistiese spanlede bied dus verskeie intervensies om die leefstyl van die gesin positief te verander en om die voorkoms van trauma en stres wat in die gesin ervaar word, te hanteer. 'n Ongesonde leefstyl, en trauma en stres kan tot oorgewig of vetsug lei en word in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram hanteer.

Sisteem drie behels die vriend- en skoolsisteem. Daar word veral negatiewe portuurgroepverhoudinge ten opsigte van die vriendsisteem gerapporteer. Die

holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram bied moontlike intervensies vir die negatiewe portuurgroepverhoudinge deur die werksaamhede van die maatskaplike werker en onderwyser. Die skoolsisteem, met behulp van die onderwyser en die bio- en/of kinderkinetikus kan veral 'n bydrae lewer in die motoriese en fisiese ontwikkeling van die kind. Die skool moet verskeie sportaktiwiteite op 'n nie-stigmatiserende wyse aanmoedig, waar alle leerlinge die geleentheid tot deelname gebied word. Die navorser is van mening dat die skool ook 'n verantwoordelikheid het om gesonde voedsel by snoepwinkels te verkoop en om ouers aan te moedig om gesonde kospakke aan die kinders te voorsien. Die vak, Lewensoriëntering, kan met vrug aangewend word om die kind van die basiese beginsels ten opsigte van voeding en fisieke aktiwiteite te leer. Die nodige ondersteuningsdienste en leiding moet aan die onderwyser verskaf word deur kortkursusse en kurrikulumaanpassings sodat die fenomeen op die regte wyse hanteer word. Die holistiese spanlede kan deur hul verskeie unieke hanteringstrategieë 'n bydrae in hierdie opsig lewer.

Die gemeenskap wat die vierde sisteem vorm, het verskeie verantwoordelikhede teenoor die kind wat met oorgewig of vetsug leef. Die literatuur toon dat die kind se eetgewoontes deur die samelewing en kultuur van die betrokke gemeenskap beïnvloed word. In die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram word die onveiligheid in gemeenskappe as een van die redes aangevoer vir die afname in fisieke aktiwiteite by die kind. Daarom is dit van belang dat die gemeenskapslede saam moet werk om aan die kind 'n veilige, misdaadvrye omgewing en parke te skep. Bestaande gemeenskapsinisiatiewe kan volgens die navorser betrek word om oplossings vir die spesifieke gemeenskappe te ontgin. Die empiriese data wys daarop dat die gemeenskap onder leiding van die dieetkundige en ander betrokke spanlede bemaagtig moet word om ingeligte besluite te neem aangaande voedselinhoud en voedsel-etikette. Die maatskaplike werker se rol as fasiliteerder, onderhandelaar en gemeenskapsleier, soos in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangedui is, moet in die gemeenskap toegepas word.

Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram is dus vanuit die literatuur en empiriese data ontwikkel. Die verskeie sisteme waarbinne die kind

met oorgewig of vetsug leef, is in die intervensie ingesluit. Die holistiese spanlede, asook die ouers en kind se onderskeie take om die fisiese, emosionele en psigososiale aspekte van die kind te hanteer, is aangetoon. Die intervensie word egter nie as 'n rigiede stel reëls weergegee nie en kan by die behoefte en/of probleme van die kind aangepas word, sodat die kind moontlike optimale funksionering kan bereik.

Met die ontwikkeling van die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram wat aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, te voldoen, is die derde doelwit van die navorsing bereik.

Op grond van die bereiking van al die doelwitte, is daar in die doelstelling van die studie geslaag, naamlik:

Ten einde aan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat in die middelkinderjare met oorgewig of vetsug leef, te voldoen, moet 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgestel word, aangesien daar tot die hede nie 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram in Suid-Afrika of elders in die wêreld beskikbaar is nie.

Die teoretiese stelling is met hierdie studie geldig bewys, naamlik:

Indien die kundigheid van kenners op die terrein van oorgewig of vetsug en die ervaring van betekenisvolle persone in die lewe van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, ingesamel word, kan 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram opgestel word om die kind te ondersteun om die invloed van die toestand te kan hanteer en om moontlike optimale funksionering te bevorder.

6.4 Beperkings van die studie

Die beperkings van die studie is deurgaans tot die minimum beperk, maar daar is wel sekere aspekte wat nie ingesluit kon word nie en word vervolgens bespreek.

- Uit die aard van kwalitatiewe navorsing kan daar nie ten opsigte van die bevindinge veralgemeen word nie. Die navorsingsdoel was om begrip te ontwikkel en insig te kry in die navorsingstema wat nie met 'n kwantitatiewe

ondersoek dieselfde sukses sou opgelewer het nie. Dit is dus noodsaaklik dat die studie met 'n kwalitatiewe studie opgevolg moet word om die effek van die program te toets.

- Die enkele grootste leemte van die studie is dat daar nie met die kind self wat met oorgewig of vetsug leef, onderhoude gevoer is nie, aangesien hierdie groep, volgens wetgewing, as 'n kwesbare groep vir navorsing gesien word. Daarmee saam was die grootste besorgdheid wat die ouers gehad het dat hul kinders nie weens die sensitiwiteit van die fenomeen in die studie betrek moes word nie. Tydens die afhandeling van die studie is meganismes in werking gestel aangaande die proses om kinders in navorsing te betrek, beskikbaar gestel, wat nie die geval was toe die navorser die empiriese data ingesamel het nie. Onderhoude is met ouers en kundiges gevoer wat 'n subjektiewe beleving van hul eie ervaring weergegee het. Dit is wel waardevol aangesien beide hierdie groepe direkte kontak met die kind in die alledaagse funksionering en hulpverleningsproses het en sodoende insig bewerkstellig het.
- Die literatuur verwys meer na die voorkoms van oorgewig of vetsug in die adolessente fase of na die volwasse fase wat nie direk oorgedra kan word na die kind in die middelkinderjare-fase nie vanweë die ontwikkelingstake wat in die verskillende fases verskil. Die literatuur was dus beperk, maar tog genoegsaam om die doelwitte van die studie te bereik.
- Alhoewel die steekproef klein was en slegs ouers in Gauteng in die middel tot hoër inkomstevlak bevat het, was dit voldoende om die beleving en ervaring van die ouers te ontgin om sodoende die temas vir die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vas te stel. Die studie moet dus uitgebrei word na minder goeie groepe om te verstaan of hulle dieselfde behoeftes en/of probleme ervaar.

6.5 Aanbevelings

Vervolgens kan daar aan die hand van die ondersoek en resultate wat gelewer is die volgende aanbevelings gemaak word:

- Die hantering van oorgewig of vetsug word dikwels nie as die maatskaplike werker se veld beskou nie afgesien daarvan dat hierdie fenomeen nie in die

beste belang van die kind is nie. Die erns van en noodsaaklikheid vir die hantering van oorgewig of vetsug by kinders moet deur maatskaplike werkers erken en bevorder word, aangesien hierdie kritieke belangrik veld vroeër agterweë gelaat is.

- Alhoewel die rol van die maatskaplike werker in hierdie studie bespreek is, kan verdere navorsing in hierdie verband ondersoek word. Sodoende kan die lewering van dienste aan die kind wat met oorgewig of vetsug leef, verbeter word. Bewusmakingsveldtogte kan gevoer word om maatskaplike werkers bewus te maak van hul rol in en verantwoordelikheid ten opsigte van die voorkoming en hantering van hierdie fenomeen.
- Daar moet aan mediese dokters en ander betrokke professies meer hulpbronne beskikbaar gestel word om vroegtydig die voorkoms van oorgewig of vetsug by kinders in hul praktyke te identifiseer sodat die nodige verwysings gemaak kan word. 'n Voorbeeld van so 'n hulpmiddel kan 'n jaarlikse opgedateerde webbladsy wees wat die voorkoms en behandeling van oorgewig of vetsug by kinders hanteer en kan as hulpbron beskikbaar gestel word. Mediese dokters en ander professies moet aangemoedig word om op 'n niestigmatiserende wyse gesonde parameters vir liggaamsgewig en die beskikbare hulpbronne aan ouers van kinders wat met oorgewig of vetsug leef, beskikbaar te stel.
- Bewusmakingsveldtogte kan gevoer word om die betrokkenheid en verantwoordelikheid van die skool te bevorder. Die skoolkurrikulum moet nie slegs fisieke oefeninge, gesonde eetgewoontes en vryetydsbesteding insluit nie, maar die rol en verantwoordelikheid van die onderwyser en die hantering van stigmatisering, diskriminering en viktimisering van kinders wat met oorgewig of vetsug leef, moet benadruk word.
- Die erns en skrikwekkende toename van hierdie fenomeen moet erken en dienooreenkomstig hanteer word. 'n Holistiese voorkomingsprogram moet daargestel word waar hierdie fenomeen vanaf die kleurterjare proaktief, eerder as reaktief, hanteer word. Samewerking van alle geïdentifiseerde professies moet nagestreef word.
- 'n Platform moet geskep word waar inligting aangaande die invloed, oorsake en gevolge van hierdie fenomeen met 'n wetenskaplike basis op 'n geredelike en

bekostigbare wyse deur die onderskeie holistiese spanlede aan ouers verskaf word. Hierdie platform moet ook aan ouers die vrymoedigheid bied om verwarrende inligting te bespreek, op te los en te hanteer.

- Toegang tot 'n holistiese span wat die dieetkundige, mediese dokter, bio-kinetikus, kinderkinetikus, skoolhoof/onderwyser, voedseladviseur, sielkundige en maatskaplike werker insluit (wat die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind wat met oorgewig of vetsug leef, hanteer) moet geskep en bevorder word, veral vir groepe wat dikwels nie sodanige dienste kan bekostig nie.
- Die voorgestelde holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram moet in die praktyk getoets en aan verdere navorsing en ontwikkeling onderwerp word.

6.6 Die bydrae van hierdie studie

Die navorsing het die volgende bydraes tot die teorie en praktyk gemaak:

- Die navorsing het 'n bydrae gelewer tot begrip van die fenomeen, oorgewig of vetsug in die middelkinderjare, deur die kind se totale fisiese, kognitiewe, motoriese, perseptuele, psigososiale gedrag, en emosionele ontwikkeling met die fenomeen in verband te bring.
- Hierdie navorsing bied ook 'n oorsig van oorgewig of vetsug wat voortspruitend uit die aanwesigheid van trauma, stres, mishandeling, en verwaarlosing in die lewe van die kind in die middelkinderjare kan voorkom.
- 'n Bydrae vanuit hierdie studie is dat oorgewig of vetsug eerder volgens 'n oorsaak-gevolg-effek van 'n dinamiese spiraal aangedui moet word en nie op 'n liniêre of sirkulêre wyse aangetoon moet word nie. Die oorsaak/e het 'n gevolg, maar die gevolg/e raak die oorsaak, daar is dus voortdurend beweging in die spiraal wat met tye kan stabiliseer, afneem of toeneem.
- Die studie bied 'n dringende bevestiging van samewerking tussen verskeie professies om die fenomeen te hanteer. Die studie fokus ook op die negatiewe gevolge van hierdie fenomeen op die ontwikkeling van die kind indien die probleem nie op 'n holistiese wyse hanteer word nie.
- Die studie het 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram ontwikkel vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare wat as

basis kan dien vir die ontwikkeling van programme in die ander ontwikkelingsfases van die kind.

- Hierdie studie bevestig die rol en verantwoordelikheid van die maatskaplike werker in die hantering en dienslewering aan die kind wat met oorgewig of vetsug leef sodat die kind moontlik sy volle potensiaal kan bereik.

6.7 Slotsom

Die toename in die voorkoms van oorgewig of vetsug by kinders is kommerwekkend wat aanleiding tot die onderneming van hierdie ondersoek gelei het. Die maatskaplike werker, as die toepasser van die Children's Act 2005 as amended, wat in die beste belang van die kind moet optree, word duidelik in hierdie studie uitgelig. Die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat met oorgewig of vetsug leef, bied riglyne aan die maatskaplike werker en ander lede in die holistiese span om hierdie fenomeen te hanteer. Deur die samewerking van die holistiese span kan die fisiese, emosionele en psigososiale behoeftes en/of probleme van die kind hanteer word sodat die kind moontlik sy volle potensiaal as mens kan bereik. Dit kan ook die kind in staat stel om hom/haarself as volwassene ten volle in die wêreld uit te leef.

7. BRONNE

Abalasei, B. & Trofin, F. 2016. Considerations on the correlation between real body and body image. *Timisoara physical education & rehabilitation journal*, 9(16): 7-12.

Allen, J.S. & Klein, R.J. 1996. Ready, set, relax: a research-based program of relaxation, learning and self-esteem for children. Watertown, Wis.: Inner Coaching.

Allen, K.L., Byrne, S.M., Blair, E.M. & Davis, E.A. 2006. Why do some overweight children experience psychological problems? *International journal of pediatric obesity*, 1:239-247.

Allison, K.C., Lundgren, J.D., O'Reardon, J.P., Geliebter, A., Gluck, M.E., Vinai, P. & Stunkard, A.J. 2010. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International journal of eating disorders*, 43(3):241-247.

Alvarez, J., Pavao, J., Baumrind, N. & Kimerling, R. 2007. The relationship between child abuse and adult obesity among California women. *American journal of preventive medicine*, 33(1):28-33.

Anderson, S.E., Gooze, R.A., Lemeshow, S. & Whitaker, R.C. 2012. Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, 129:132-140.

Andrade, A.M., Kresge, D.L., Teixeira, P.J., Baptista, F. & Melanson, K.J. 2012. Does eating slowly influences appetite and energy intake when water intake is controlled? *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9(135):1-7.

Armstrong, M.E.G., Lambert, M.I, Sharwood, K.A. & Lambert, E.V. 2006. Obesity and overweight in South African primary school children: the Health of the Nation

Study. *Journal of endocrinology, metabolism and diabetes of South Africa*, 11(2):52-63.

Babbie, E. & Mouton, J. 2012. *The practice of social research*. Cape Town: Oxford University Press, South Africa.

Bacon, L. 2008. *Health at every size: the surprising truth about your weight*. Dallas, Tex.: Benbella Books.

Bahrami, F., Kelishadi, R., Jafari, N., Kaveh, Z. & Isanejad, O. 2013. Association of children's obesity with the quality of parental-child attachment and psychological variables. *Acta Paediatrica*, 102(7):321-324.

Baldaro, B., Rossi, N., Caterina, R., Codispoti, M., Balsamo, A. & Trombini, G. 2003. Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *International journal of obesity*, 27(2):191-195.

Barker, R.L. 2003. *The social work dictionary*. 5th ed. Washington, D.C.: NASW Press.

Bass, R. & Eneli, I. 2015. Severe childhood obesity: an under-recognised and growing health problem. *Postgraduate medical journal*, 91:639-645.

Beckett, C. 2004. *Child protection: an introduction*. London: Sage.

Beckman, H., Hawley, S. & Bishop, T. 2006. Application of theory-based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children. *Journal of pediatric nursing*, 21(4):266-275.

Benoit, D., Coolbear, J. & Crawford, A. 2008. Abuse, neglect, and maltreatment of infants. (In Haith, M.M. & Benson, J.B., eds. *Encyclopedia of infant and early childhood development*. San Diego, Calif.: Academic Press. p. 1-11.)

Berg, I.K. & Steiner, T. 2003. *Children's solution work*. New York: Norton.

- Bergmeier, H.J., Skouteris, H., Haycraft, E., Haines, J. & Hooley, M. 2015. Reported and observed controlling feeding practices predict child eating behavior after 12 months. *Journal of nutrition*, 145(6):1311-1316.
- Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M. & Richardson, B. 2013. Child temperament and maternal predictors of preschool children's eating and body mass index: a prospective study. *Appetite*, 74:125-132.
- Berk, L.E. 2012. Infants, children, and adolescents. 7th ed. Boston, Mass.: Pearson.
- Berlin, S.B. 2002. Clinical social work practice: a cognitive-integrative perspective. New York: Oxford University Press.
- Berthoud, H. 2004. Mind versus metabolism in the control of food intake and energy balance. *Physiology & behavior*, 81(5):781-793.
- Berthoud, H. 2007. Interactions between the "cognitive" and "metabolic" brain in the control of food intake. *Physiology & behavior*, 91(5):486-498.
- Berthoud, H. & Morrison, C. 2008. The brain, appetite, and obesity. *Annual review of psychology*, 59:55-92.
- Bhatia, M.S. 2009. Dictionary of psychology and allied sciences. New Delhi: New Age International Publishers.
- Bless, C., Higson-Smith, C. & Kagee, A. 2006. Fundamentals of social research methods: an African perspective. 4th ed. Cape Town: Juta.
- Blom, R. 2006. The handbook of Gestalt play therapy: practical guidelines for child therapists. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bocca, G., Kuitert, M.W.B., Sauer, P.J.J., Stolk, R.P., Flapper, B.C. & Corpeleijn, E. 2014. A multidisciplinary intervention programme has positive effects on

quality of life in overweight and obese preschool children. *Acta Paediatrica*, 103(9):962-967.

Bogo, M. 2006. Social work practice: concepts, processes and interviewing. New York: Columbia University Press.

Borel, B. 2015. The science of stress. (Cover story.) *Popular science*, 286(3):38-47.

Brambilla, P., Bedogni, G., Heo, M. & Pietrobelli, A. 2013. Waist circumference-to-height ratio predicts adiposity better than body mass index in children and adolescents. *International journal of obesity*, 37(7):943-946.

Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2):77-101.

Bray, G.A. 2008. Classification and evaluation of the overweight patient. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. Handbook of obesity: clinical application. 3rd ed. New York: Informa Health Care. p. 1-28.)

Brendtro, L.K. 2006. The vision of Urie Bronfenbrenner: adults who are crazy about kids. *Reclaiming children & youth*, 15(3):162-165.

Brown, J. 2011. MEND central. Move it. <http://www.mendmoveit.org/> Datum van gebruik: 8 Mei 2014.

Brownell, P. 2012. Gestalt therapy for addictive and self-medicating behaviors. New York: Springer.

Bruss, M.B., Morris, J. & Dannison, L. 2003. Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(8):1042-1045.

Bryman, A. 2012. Social research methods. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.

Cairney, J., Hay, J.A., Faught, B.E., Wade, T.J., Corna, L. & Flouris, A. 2005. Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities. *Journal of pediatrics*, 147(4):515-520.

Carr, D. & Friedman, M.A. 2005. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived: discrimination, and psychological well-being in the United States. *Social behavior*, 46(3):244-259.

Cayir, A., Doneray, H., Kurt, N., Orbak, Z., Kaya, A., Turan, M.I. & Yildirim, A. 2014. Thyroid functions and trace elements in pediatric patients with exogenous obesity. *Biological trace element research*, 157(2):95-100.

Centre for Disease Control and Prevention. 2016a. Childhood Obesity Facts – Prevalence of Childhood Obesity in the United States, 2011-2012. <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html> Datum van gebruik: 22 Julie 2016.

Centers for Disease Control and Prevention. 2016b. BMI percentile calculator for child and teen. <https://nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx> Datum van gebruik: 22 Julie 2016.

Cheung, L.W.Y., Dart, H., Kalin, S., Otis, B. & Gortmaker, S.L. 2016. Eat well & keep moving: an interdisciplinary curriculum for teaching upper elementary school nutrition and physical activity. 3rd ed. Champaign, Ill.: Human Kinetics.

Chidozie, E. 2011. Body composition measurements: principles and practice. (*In* Bienertova-Vaskum, J., ed. Body fat: composition, measurements and reduction procedures. New York: Nova Science. p. 61-77.)

Children's Act **kyk** South Africa

Choi, B.C.K. & Pak, A.W.P. 2006. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: definitions,

objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & investigative medicine*, 29(6):351-364.

Choukas-Bradley, S. & Prinstein, M.J. 2014. Peer relationships and the development of psychopathology. (In Lewis, M. & Rudolph, K.D., eds. *Handbook of developmental psychopathology*. 3rd ed. New York: Springer. p. 185-204.)

Cizza, G. & Rother, K. 2012. The brain and obesity lectures series: the beginning of a new field? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1264(1):vii-xiv.

Cleary, M., Horsfall, J. & Hayter, M. 2014. Data collection and sampling in qualitative research: does size matter? *Journal of advanced nursing*, 70(3):473-475.

Cleator, J., Abbott, J., Judd, P., Sutton, C. & Wilding, J.P.H. 2012. Night eating syndrome: implications for severe obesity. *Nutrition and diabetes*, 2(e44):1-10.

Cochran, W. 2007. *Pediatric obesity FAQs*. Hamilton, Ontario, Calif.: B.C. Decker.

Cohen, D.A. 2008. Reengineering the built environment: schools, worksites, neighborhoods, and parks. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare. p. 195-208.)

Cohen, S. & Janicki-Deverts, D. 2012. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of applied social psychology*, 42(6):1320-1334.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international Survey. *BMJ*, 320(7244):1240-1243.

Colombo, O., Villani, S., Pinelli, G., Trentani, C., Baldi, M., Tomarchio, O. & Tagliabue, A. 2008. To treat or not to treat: comparison of different criteria used

to determine whether weight loss is to be recommended. *Nutrition journal*, 7(5):1-7.

Cook-Cottone, C.P., Kane, L.S. & Anderson, L.M. 2015. Elements of counseling children and adolescents. New York: Springer.

Corcoran, J. 2011. Helping skills for social work direct practice. Cary, N.C.: Oxford University Press.

Cornette, R. 2008. The emotional impact of obesity on children. *Worldviews on evidence-based nursing*, 5(3):136-141.

Corsica, J.A. & Perri, M.G. 2013. Understanding and managing obesity. (*In* Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Geller, P.A., eds. Handbook of psychology. 2nd ed. New York: Wiley. p. 128-158.)

Cournoyer, B.R. 2011. The social work skills workbook. 6th ed. Belmont, Calif.: Brooks/Cole Cengage Learning.

Crenshaw, D.A. 2014. Play therapy approaches to attachment issues. (*In* Malchiodi, C.A. & Crenshaw, D.A., eds. Creative arts and play therapy for attachment problems. New York: Guilford Press. p. 19-32.)

Creswell, J.W. 2009. Research design: qualitative, quantitative, mixed methods approaches. 3rd ed. Los Angeles, Calif.: Sage.

Creswell, J.W. 2014. Research design: qualitative, quantitative, mixed methods approaches. 4th ed. Los Angeles, Calif.: Sage.

Cummins, L.K., Sevel, J.A. & Pedrick, L. 2012. Social work skills for beginning direct practice. 3rd ed. Boston, Mass.: Pearson.

Cupchik, G. 2001. Constructivist realism: an ontology that encompasses positivist and constructivist approaches to the social sciences. *Forum: qualitative social research*, 2(1):1-17.

- Damiano, S.R., Hart, L.M. & Paxton, S.J. 2015. Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. *Journal of eating disorders*, 3(5):1-9.
- Danford, C.A., Schultz, C.M. & Marvicsin, D. 2015. Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *Research and reports in biology*, 6:39-53.
- Daniel, B., Wassell, S. & Gilligan, R. 2010. Child development for child care and protection workers. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.
- David, M. 2015. The slow down diet: eating for pleasure, energy, and weight loss. Rochester, Vt.: Healing Arts Press.
- David, L. 2007. Ending the food fight: guide your child to a healthy weight in a fast food/fake food world. New York: Houghton Mifflin.
- Davies, D. 2011. Child development: a practitioner's guide. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- De Ridder, H. & Coetzee, D. 2013. Childhood obesity in South Africa: are we sitting on a time bomb? *Global journal of health and physical education pedagogy*, 2(4):239-249.
- De Vos, A.S. & Strydom, H. 2011a. Scientific theory and professional research. (In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 28-44.)
- De Vos, A.S. & Strydom, H. 2011b. Intervention research. (In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 473-491.)

De Witt, M.W. 2009. The young child in context: a thematic approach. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Delport, C.S.L., Fouché, C.B. & Schurink, W. 2011. Theory and literature in qualitative research. (In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 297-306.)

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. 2013. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. (In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., eds. The landscape of qualitative research. 4th ed. Los Angeles, Calif.: Sage. p. 1-34.)

Departement van Gesondheid **kyk** South Africa. Department of Health.

DeSalle, R. & Tattersall, I. 2012. The brain. New Haven, Con. Yale University Press.

Du Toit, D. & Pienaar, A.E. 2003. Overweight and obesity and motor proficiency of 3-and 4-year old children. *Suid-Afrikaanse tydskrif vir navorsing in sport, liggaamlike opvoedkunde en ontspanning*, 25(2):37-48.

Edmunds, L.D. 2008. Social implications of overweight and obesity in children. *Journal of specialists in pediatric nursing*, 13(3):191-200.

Eliadis, E.E. 2006. The role of social work in the childhood obesity epidemic: commentary. *Social work*, 51(1):86-88.

Emerson, R.W. 2015. Convenience sampling, random sampling, and snowball sampling: how does sampling affect the validity of research? *Journal of visual impairment & blindness*, 109(2):164-168.

Evenepoel, L.E. 2012. Dr Luc's promise: lose the weight & keep it off. Johannesburg: Penguin Books.

Fairclough, S.J., Boddy, L.M., Ridgers, N.D. & Stratton, G. 2012. Weight status associations with physical activity intensity and physical self-perceptions in 10- to 11- year-old children. *Pediatric exercise science*, 24(2):100-112.

Farley, T.A. & Dowell, D. 2014. Preventing childhood obesity: what are we doing right? *American journal of public health*, 104(9):1579-1583.

Farris, J.W., Taylor, L., Williamson, M. & Robinson, C. 2011. A 12-week interdisciplinary intervention program for children who are obese. *Cardiopulmonary Physical therapy journal*, 22(4):12-20.

Farrow, C.V., Haycraft, E. & Blissett, J.M. 2015. Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating - a longitudinal experimental design. *American journal of clinical nutrition*, 101(5):908-913.

Fawcett, S.B., Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F.E., White, G.W., Paine, A.L., Blanchard, K.A. & Embree, M.G. 1994. Conducting intervention research: the design and development process. (*In* Rothman, J. & Thomas, E.J., eds. *Intervention research: design and development for human service*. New York: Haworth Press. p. 25-52.)

Feeding and Eating Disorders. 2013. DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing. p. 1-2.
<http://www.dsm5.org/documents/eating%20disorders%20fact%20sheet.pdf>
Datum van gebruik: 27 Oktober 2015.

Feeney, S., Moravcik, E. & Nolte, S. 2013. *Who am I in the lives of children? An introduction to early childhood education*. 9th ed. Boston, Mass.: Pearson.

Fialkowski, M.K., DeBaryshe, B., Bersamin, A., Nigg, C., Guerrero, R.L., Rojas, G., Areta, A.A.R., Vargo, A., Belyeu-Camacho, T., Castro, R., Luick, B. & Novotny, R. 2014. A community engagement process identifies environmental priorities to prevent early childhood obesity: the children's healthy living (CHL) program for

remote underserved populations in the US affiliated pacific islands, Hawaii and Alaska. *Maternal child health journal*, 18(10):2261-2274.

Flier, J.S. & Maratos-Flier, E. 1998. Obesity and the hypothalamus: minireview novel peptides for new pathways (thermogenesis), altered hormone (especially insulin) secretion and action, and partitioning of energy stores away from fat, all of which resist obesity. *Cell*, 92:437-440.

Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2011. Formal formulations. (*In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpport, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 89-100.*)

Fouché, C.B. & Delpport, C.S.L. 2011. Introduction to the research process. (*In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpport, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 61-76.*)

Fouché, C.B. & Schurink, W. 2011. Qualitative research designs. (*In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpport, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 307-327.*)

Fraser, M.W. 2004. Intervention research in social work: recent advances and continuing challenges. *Research on social work practice*, 14(3):210-222.

Fraser, M.W. & Galinsky, M.J. 2010. Steps in intervention research: designing and developing social programs. *Research on social work practice*, 20(5):459-466.

Fraser, M.W., Richman, J.M., Galinsky, M.J. & Day, S.H. 2009. Intervention research: developing social programs. Oxford: Oxford University Press.

Friedlander, S.L., Larkin, E.K., Rosen, C.L., Palermo, T.M. & Redline, S. 2003. Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(12):1206-1211.

Frydenberg, E., Deans, J. & O'Brien, K. 2012. Developing everyday coping skills in the early years: proactive strategies for supporting social and emotional development. London: Continuum International Publishing Group.

Fuemmeler, B.F., Dedert, E., McClernon, F.J. & Beckham, J.C. 2009. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: results from a U.S. population-based survey of young adults. *Journal of traumatic stress*, 22(4):329-333.

Fujioka, K. 2008. Weight loss clinics: range of capabilities, benefits, risks, and costs. (In Bray, A. & Bouchard, C. Handbook of obesity: clinical applications. 3th ed. New York: Informa. p. 593-605.)

Gabriel, J. & Ronald Riba, P.A. 2014. Fit kids revolution: the parent's diet-free guide to raising healthy & fit children. Hillsboro, Oreg.: Beyond Words.

Gallagher, D., Heymsfield, S.B., Heo, M., Jebb, S.A., Murgatroyd, P.R. & Sakamoto, Y. 2000. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *American journal of clinical nutrition*, 72(3):694-701.

Garrett, B. 2015. Brain & behavior: an introduction to biological psychology. 4th ed. Los Angeles, Calif.: Sage.

Gearhardt, A.N., Yokum, S., Orr, P.T., Stice, E., Corbin, W.R. & Brownell, K.D. 2011. Neural correlates of food addiction. *Archives of general psychiatry*, 68(8):808-816.

Geldard, K., Geldard, D. & Yin Foo, R. 2013. Counselling children: a practical introduction. 4th ed. Los Angeles, Calif.: Sage.

Gever, J. 2010. APA: obesity rejected as psychiatric diagnosis in DSM-5. *MedPage today*. <http://www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/APA/20381>
Datum van gebruik: 27 Oktober 2015.

Giles-Corti, B., Robertson-Wilson, J., Wood, L. & Falconer, R. 2010. The role of the changing built environment in shaping our shape. (In Pearce, J. & Witten, K., eds. *Geographies of obesity: environmental understanding of the obesity epidemic*. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing. p. 132-149.)

Gilgun, J.F. & Sands, R.G. 2012. The contribution of qualitative approaches to developmental intervention research. *Qualitative social work*, 11(4):349-361.

Ginger, S. 2007. *Gestalt therapy: the art of contact*. London: Karnac Books.

Goldstein, E.G., Miehl, D. & Ringel, S. 2009. *Advanced clinical social work practice: relational principles and techniques*. New York: Columbia University Press.

Goran, M.I. & Sothorn, M. 2005. *Handbook of pediatric obesity: etiology, pathophysiology, and prevention*. Boca Raton, Fla.: CRC Press.

Gordon, A.M. & Browne, K.W. 2011. *Beginnings and beyond: foundations in early childhood education*. 8th ed. Australia: Wadsworth, Cengage Learning.

Gordon, T. 2000. *Parent effectiveness training: the proven program for raising responsible children*. New York: Three Rivers Press.

Gray, W.N., Kahhan, N.A. & Janicke, D.M. 2009. Peer victimization and pediatric obesity: A review of the literature. *Psychology in the schools*, 46(8):720-727.

Greeff, M. 2011. Information collection: interviewing. (In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 341-375.)

Greeff, M. 2016. Risk levels descriptors for human participants for use at the North-West University. February, 2016.
<http://www.nwu.ac.za/sites/www.nwu.ac.za/files/files/p-ft/Documents/Research%20ERT/Risk%20Levels%20for%20Research%20with%20Human%20Perticipants%20Febr%202016.pdf> Datum van gebruik: 27 Oktober 2016.

Greene, R.R. 2012. Psychosocial theory. (In Dulmus, C.N., Sowers, K.M. & Thyer, B.A., eds. Human behavior in the social environment: theories for social work practice. Hoboken, N.J.: Wiley. p. 193-223.)

Grinnell, R.M. 1997. Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches. Itasca, Ill.: Peacock Publishers.

Groesz, L., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B. & Epel, E. 2012. What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2):717-721.

Gruber, K.J. & Haldeman, L.A. 2009. Using the family to combat childhood and adult obesity. *Preventing chronic disease, public health research, practice and policy*, 6(3):1-10.

Grundy, S.M. 2008. Prevention and management of dyslipidemia and the metabolic syndrome in obese patients. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. Handbook of obesity. New York: Informa Healthcare. p. 469-484.)

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1):59-82.

Gunstad, J., Paul, R.H., Spitznagel, M.B., Cohen, R.A., Williams, L.M., Kohen, M. & Gordon, E. 2006. Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry research*, 142(1):31-37.

Habermacher, A., Ghadiri, A. & Peters, T. 2014. The case for basic human needs in coaching: a neuroscientific perspective: the SCOAP coach theory. *Coaching psychologist*, 10(1):7-16.

Harrist, A.W., Swindle, T.M., Hubbs-Tait, L., Topham, G.L., Shriver, L.H. & Page, M.C. 2016. The social and emotional lives of overweight, obese, and severely obese children. *Child development*, May:1-17.

Healy, K. 2014. *Social work theories in context*. 2nd ed. Hampshire: Palgrave.

Henderson, D.A. & Thompson, C.L. 2011. *Counselling children*. 8th ed. Belmont, Calif.: Cengage Learning.

Hepworth, D.H., Rooney, R., Rooney, G.D., Strom-Gottfried, K. & Larsen, J. 2010. *Direct social work practice: theory & skills*. 8th ed. Belmont, Calif.: Brooks/Cole/ Cengage Learning.

Herman, C.P. & Polivy, J.J. 2008. External cues in the control of food intake in humans: the sensory-normative distinction. *Physiology & behavior*, 94(5):722-728.

Higgins-Klein, D. 2013. *Mindfulness-based play-family therapy: theory and practice*. New York: Norton & Company.

Hofsake **kyk** Suid-Afrika

Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R. & Ott, U. 2011. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6):537-559.

Horwath, J. 2007. *Child neglect: identification and assessment*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Houston, G. 2003. *Brief Gestalt therapy*. London: Sage.

HSRC (Human Sciences Research Council). 2013. SANHANES-1 Media release no. 2. Nutritional Status of Children.

<http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/3895/02%20>

[NUTRITIONAL%20STATUS%20OF%20CHILDREN.pdf](http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/3895/02%20NUTRITIONAL%20STATUS%20OF%20CHILDREN.pdf) Datum van gebruik: 30

August 2016.

Hunger, J.M. & Tomiyama, A.J. 2014. Weight labeling and obesity: a longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. *JAMA pediatrics*, 168(6):579-588.

IASSW **kyk** International Association of Schools of Social Work

International Association of Schools of Social Work. 2014. Global definition of social work. <http://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/> Datum van gebruik: 23 Augustus 2016.

International Food Policy Research Institute. 2016. Global nutrition report 2016: from promise to impact: ending malnutrition by 2030. Washington, D.C. p. 1-180. <http://>

ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/filename/130565.pdf

Datum van gebruik: 23 Augustus 2016.

James, W.P.T. & Gill, T.P. 2008. Prevention of obesity. (*In* Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. Handbook of obesity. New York: Informa Healthcare. p. 157-175.)

Jonides, L., Buschbacher, V. & Balow, S.E. 2002. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional, and behavioral assessment. *Pediatrics*, 110(1):215-221.

Jordaan, C. 2016. Sexuality education in the foundation phase. (*In* Naudé, M. & Meier, C., eds. Teaching life skills in the foundation phase. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 351-388.)

Jordaan, E. 2012. Eating disorders. (*In* Burke, A., ed. *Abnormal psychology: a South African perspective*. 2nd ed. Cape Town: Oxford University Press. p. 422-461).

Kahan, S. & Ehrlich, G. 2016? Weigh in: talking to your children about weight + health. <http://stopobesityalliance.org/research-and-policy/alliance-initiatives/families/> Datum van gebruik: 13 April 2016.

Katz, I., Madjar, N. & Harari, A. 2015. Parental support and adolescent motivation for dieting: the self-determination theory perspective. *Journal of psychology*, 149(50):461-479.

Kemp, C. 2008. Die effek van 'n fisieke-aktiwiteits-, dieet en gedragsveranderings-intervensie op obesiteit by 9-12 jarige kinders. Potchefstroom: Noordwes-Universiteit. (Verhandeling - MSc.)

Kemp, C. & Pienaar, A.E. 2011. Physical activity levels and energy expenditure of 9-year-old - 12-year-old overweight and obese children. *Health SA Gesondheid*, 16(1):1-6.

Kinderwet **kyk** Suid-Afrika.

Kirschenbaum, D.S. & Gierut, K. 2013. Treatment of childhood and adolescent obesity: an integrative review of recent recommendation from five expert groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(2):347-359.

Kirschenbaum, D.S., Johnson, W.G. & Stalnos, P.M. 1987. Treating childhood and adolescent obesity. New York: Pergamon Press.

Kline, S. 2015. Moral panic, reflexive embodiment and teen obesity in the USA: a case study of the impact of 'weight bias'. *Young consumers*, 16(4):407-419.

Kolb, B. & Whishaw, I.Q. 2014. An introduction to brain and behavior. 4th ed. New York: Worth Publishers.

- Kosti, R.I. & Panagiotakos, D.B. 2006. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Central Europe journal of public health*, 14(4):151-159.
- Kramer, R.E. & Daniels, S.R. 2008. Special issues in treatment of pediatric obesity. (*In* Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare. p. 569-592.)
- Kruger, H.S., Puoane, T., Senekal, M. & Van der Merwe, M.T. 2005. Obesity in South Africa: challenges for government and health professionals. *Public health nutrition*, 8(5):491-500.
- Kushner, R.F. & Aronne, L.J. 2008. Obesity and the primary care physician. (*In* Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare. p. 117-129.)
- Kushner, R.F., Kumar, S. & Lawrence, V. 2013. *Practical manual of clinical obesity*. 8th ed. Somerset, N.J.: Wiley.
- Landreth, G.L. 2002. *Play therapy: the art of the relationship*. 2nd ed. New York: Routledge.
- Latner, J.D. & Wilson, G.T. 2008. Obesity and binge eating disorder. (*In* Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare. p. 553-567.)
- Lawler, M. & Nixon, E. 2011. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of youth and adolescence*, 40(1):59-71.
- Lawrence, S.A. 2010. The impact of stigma on the child with obesity: implications for social work practice and research. *Child and adolescent social work journal*, 27:309-321.
- Le Roux, R. & De Klerk, R. 2001. *Emosionele intelligensie: die alles-in-een-werkboek vir optimale persoonlike groei*. Kaapstad: Human & Rousseau.

Leedy, P.D. & Ormond, E.O. 2005. Practical research: planning and design. 8th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education.

LeFrancois, G.R. 2001. Of children: an introduction to child and adolescent development. 9th ed. Australia: Wadsworth.

Levine, H. 2014. Your brain: a user's manual. *Health*, 28(8):95-98.

Lindon, J. 2012. Child development from birth to eight: a practical focus. London: National Children's Bureau.

Liu, J., Zhang, A. & Li, L. 2012. Sleep duration and overweight/obesity in children: review and implications for pediatric nursing. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 17:193-204.

Lobstein, T. 2008. The prevention of obesity in childhood and adolescence. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. Handbook of obesity. New York: Informa Healthcare. p. 131-156.)

Louw, A.E. & Louw, D.A. 2014. Middelkinderjare. (In Louw, D.A. & Louw, A.E. Die ontwikkeling van die kind en die adolessent. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat. p. 239-317.)

Louw, D.A. & Louw, A.E. 2007. Die ontwikkeling van die kind en adolessent. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat. Departement Sielkunde.

Lowenstein, L., ed. 2010. Creative family therapy techniques: play, art, and expressive activities to engage children in Family sessions. Toronto: Champion Press.

Ludwig, D.S. 2007a. Childhood obesity: the shape of things to come. *New England journal of medicine*, 357(23):2325-2327.

Ludwig, D.S. 2007b. Ending the food fight: guide your child to a healthy weight in a fast food/fake food world. New York: Houghton Mifflin Harcourt.

Ludy-Dobson, C.R. & Perry, B.D. 2010. The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. (In Gil, E., ed. *Working with children to heal interpersonal trauma: the power of play*. New York: Guilford Press. p. 26-43.)

Maloney A.E. 2010. Pediatric obesity: a review for the child psychiatrist. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(2):353-370.

Marcus, M.D. & Wildes, J.E. 2012. Obesity in DSM-5. *Psychiatric annals*, 42(11):431-435.

Mashiapata, J. 2015. Trauma debriefing. (In Van Heerden-Pieterse, E., ed. *Life skills: my journey, my destiny*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 223-229.)

Mason, H. 2015. Your best travel companion: you! (In Van Heerden-Pieterse, E., ed. *Life skills: my journey, my destiny*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 56-62.)

Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Laghezza, L., Radi, G., Battistini, D. & De Feo, P. 2014. The role of both parents' attachment pattern in understanding childhood obesity. *Frontiers in psychology*, 5(791):1-9.

McCaffree, J. 2003. Childhood eating patterns: the roles parents play. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(12):1587.

McGlinchey, E.L. & Harvey, A.G. 2014. Sleep interventions: a developmental perspective. (In Lewis, M. & Rudolph, K.D., eds. *Handbook of developmental psychopathology*. 3rd ed. New York: Springer. p. 409-423.)

McManamon, R. 2015. Practical weight management in primary care. *Journal of community nursing*, 29(4):75-78.

McManus, F. & Shafran, R. 2014. Transdiagnostic approaches for anxiety disorders. (In Whittington, A. & Grey, N., eds. *How to become a more effective*

CBT therapist: mastering metacompetence in clinical practice. West Sussex, UK: Wiley Blackwell. p. 104-119.)

McMillan, J.J. 2011. Educational research: fundamentals for consumers. 6th ed. Reading, Mass.: Addison Wesley.

Meier, C. 2016. Teaching life skills: a survival guide for the 21st century. (In Naudé, M. & Meier, C., ed. Teaching life skills in the foundation phase. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 3-26.)

Mennella, J.A. 2014. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. *American journal of clinical nutrition*, 99(3):704S-711S.

Miall, R.C. 2013. Cerebellum: anatomy and function. (In Pfaff, D.W. Neuroscience in the 21st century: from basic to clinical. London: Springer. p. 1149-1167.)

Miller, A.A. & Spencer, S.J. 2014. Obesity and neuroinflammation: a pathway to cognitive impairment. *Brain, behavior, and immunity*, 42:10-21.

Miller, W.L. & Crabtree, B.F. 1999. Clinical research: a multimethod typology and qualitative roadmap. (In Crabtree, B.F. & Miller, W.L., eds. Doing qualitative research. 2nd ed. Newbury Park, Calif.: Sage. p. 3-30.)

Morelli, A., Sarchielli, E., Comeglio, P., Filippi, S., Vignozzi, L., Marini, M., Rastrelli, G., Maneschi, E., Cellai, I., Persani, L., Adorini, L., Vannelli, G.B. & Maggi, M. 2014. Metabolic syndrome induces inflammation and impairs gonadotropin-releasing hormone neurons in the preoptic area of the hypothalamus in rabbits. *Molecular and cellular endocrinology*, 382(1):107-119.

Mühlhans, B., Olbrich, K. & De Zwaan, M. 2009. [Night eating syndrome and nocturnal eating - what is it all about?]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59(2):50-56. (Abstract).

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD). 2015. Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED). <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eatingdisorders-not-otherwise-specified/> Datum van gebruik: 27 Oktober 2015.

National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2000. Weight-for-percentiles: girls 2 to 20 years. <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set3/chart-03.pdf>. <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set3/chart-04.pdf> Datum van gebruik: 3 Maart 2015.

National Eating Disorders Association (Neda). 2015. Bulimia Nervosa. <https://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa> Datum van gebruik: 7 Mei 2015.

Naudé, D. 2006. Die invloed van 'n fisieke aktiwiteitsintervensieprogram op die selfkonsep en voorkoms van obesiteit by adolessente: PLAY studie. Potchefstroom: Noordwes-Universiteit. (Verhandeling - MSc.)

Neumark-Sztainer, D., Levine, M.P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N. & Wertheim, E.H. 2006. Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: what next? *Eating disorders*, 14(4):265-285.

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S.J., Hannan, P.J., Haines, J. & Story, M. 2006. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of adolescent health*, 39(2):244-251.

Newman, B.M. & Newman, P.R. 2012. Development through life: a psychosocial approach. 11th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth Cengage Learning.

Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk **kyk** Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk

- Oaklander, V. 1988. *Windows to our children: a gestalt therapy approach to children and adolescents*. Highland, N.Y.: Gestalt Journal Press.
- Ogden, C.L. 2011. Smoothed Percentage body fat percentiles for U.S. children and adolescents, 1999-2004. *National health statistics reports*, 43:1-7.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K. & Flegal, K.M. 2014. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, 311(8):806-814.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D. 2009. *Human development*. 11th ed. Boston, Mass.: McGraw-Hill.
- Pearce, J. & Witten, K., eds. 2010. *Geographies of obesity: environmental understandings of the obesity epidemic*. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing.
- Perri, M.G., Foreyt, J.P. & Anton, S.D. 2008. Preventing weight regain after weight loss. (*In* Bray, A. & Bouchard, C. *Handbook of obesity: clinical applications*. 3th ed. New York: Informa Health Care. p. 249-267.)
- Pienaar, A.E., Bell, G.J. & Dreyer, L.I. 2007. The incidence of obesity and developmental coordination disorder (DCD) among 10-12 year-old girls of different race groups in the North-West province: Thusa Bana Study. *African journal of physical, health education, recreation and dance*, 13(1):221-237.
- Pierson, J. & Thomas, M. 2010. *Dictionary of social work: the definitive A to Z of social work and social care*. Berkshire: McGraw/Hill Education Open University Press.
- Pietrobelli, A. 2010. *Paediatric obesity: not only a weight concern*. Torino, Italy: SEEd Srl.
- Plug, C., Louw, D.A., Gouws, L.A. & Meyer, W.F. 1997. *Verklarende en vertalende sielkundewoordeboek*. Johannesburg: Heineman Uitgewers.

Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F. & Magnusson, J. 2009. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obesity reviews*, 11(5):338-353.

Poggenpoel, M. 1998. Data analysis in qualitative research. (In De Vos, A.S., ed. *Research at grass roots: a primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik. p. 334-353.)

Potgieter, R. 1993. 'n Model vir assessering van die kind binne sy maatskaplike konteks. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika. (Verhandeling - MA.)

Pretorius, R. 2003. Die samehang tussen hoop, selfkonsep en copinggedrag by 'n groep kinders in die middelkinderjare. Vanderbijlpark: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. (Verhandeling - MA.)

Pringle, M.L. 1986. *The needs of children: a personal perspective*. 3rd ed. London: Hutchinson.

Puddester, L.M. & Wareham, A. 2013. The bodies of bullying. *Relational child and youth care practice*, 26(4):69-71.

Puder, J.J. & Munsch, S. 2010. Psychological correlates of childhood obesity. *International journal of obesity*, 34:S37-S43.

Puhl, R.M. & Brownell, K.D. 2008. Bias, discrimination, and obesity. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity*. New York: Informa Healthcare. p. 81-90.)

Puhl, R.M. & Latner, J.D. 2007. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, 133(4):557-580.

Reddy, S.P., Resnicow, K., James, S., Funai, I.N., Kambaran, N.S., Omardien, R.G., Masuka, P., Sewpaul, R., Vaughn, R.D. & Mbewu, A. 2012. Rapid increase in overweight and obesity amongst South African adolescents: comparison of data

from the South African National Youth Risk Behaviour survey in 2002 and 2008. *American journal of public health*, 102(2):262-268.

Rhee, K.E., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P., Kaciroti, N. & Bradley, R.H. 2006. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6):2047-2054.

Rimm, S. & Rimm, E. 2004. Rescuing the emotional lives of overweight children: what our kids go through - and how we can help. [Emmaus, Pa.]: Rodale.

Rosa, E.M. & Tuge, J. 2013. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: its evolution from ecology to bioecology. *Journal of family theory & review*, 5(4):243–258.

Rothbart, M.K., Ahadi, S.A. & Hershey, K.L. 2011. Temperament and social behavior in childhood. (In Killen, M. & Coplan, R.J., eds. *Social development in childhood & adolescence: a contemporary reader*. Oxford: Blackwell Publishing. p. 15-26.)

Rothman, J. & Thomas, E.J., eds. 1994. *Intervention research: design and development for human service*. New York: Haworth Press.

Rozin, P. 2005. The meaning of food in our lives: a cross-cultural perspective on eating and well-being. *Journal of nutrition education and behavior*, 37(2):S107-S112.

Rubin, A. & Babbie, E. 2005. *Research methods for social work*. 4th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth.

Sabau, E., Niculescu, G., Gevat, C. & Lupa, E. 2013. Perceptual-motor development of children in elementary school. *Procedia - social and behavioral sciences*, 114:632-636.

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. 2003. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia, Pa.: Quebecor Versailles.

Sagone, E. & De Caroli, M.E. 2013. Anti-fat or anti-thin attitudes toward peers? Stereotyped beliefs and weight prejudice in Italian children. *Procedia - social and behavioral sciences*, 93:177-183.

Schaffer, H.R. 1996. *Social development*. Oxford: Blackwell Publishing.

Schaffer, H.R. 2004. *Introducing child psychology*. Oxford: Blackwell Publishing.

Schiraldi, G.R. 2001. *The self-esteem workbook*. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications.

Schultheiss, D.E. & Wallace, E. 2012. An introduction to social constructionism in vocational psychology and career development. (In McIlveen, P. & Schultheiss, D.E., eds. *Social constructionism in vocational psychology and career development*. Rotterdam: Sense Publishers. p. 1-8.)

Schurink, W., Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2011. Qualitative data analysis and interpretation. (In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. *Research at grass roots: for the social sciences and human service professions*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 397-423.)

Shaffer, D.R. & Kipp, K. 2010. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 8th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth Cengage Learning.

Shaw, I. & Gould, N., eds. 2001. *Introducing qualitative methods series: qualitative research in social work*. London: Sage.

Shaw, J.A. 2010. A review of current research on the incidence and prevalence of interpersonal childhood trauma. (In Gil, E., ed. *Working with children to heal interpersonal trauma: the power of play*. New York: Guilford Press. p. 12-25.)

Shloim, N., Edelson, L.R., Martin, N. & Hetherington, M.M. 2015. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-old children: a systematic review of the literature. *Frontiers in psychology*, 6(1859):1-20.

Siegel, R.D. 2010. The mindfulness solution: everyday practices for everyday problems. New York: Guilford Press.

Sigelman, C.K. & Rider, E.A. 2012. Human development across the life span. 7th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth.

Sinha, D. & Sinha, S. 2009. Personal growth and training and development. Lucknow, Ind: Word-Press.

Slavin, R.E. 2012. Educational psychology: theory and practice. 10th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson.

Smith, P.K., Cowie, H. & Blades, M. 2011. Understanding children's development. 5th ed. Oxford: Wiley Blackwell.

Sothorn, M.S., Von Almen, T.K. & Schumacher, H. 2001. Trim kids. New York: HarperCollins Books.

South Africa. 2005. Children's Act 38 of 2005 as amended. Pretoria: Government Printers.

South Africa. Department of Health. 2003. The 1st South African National Youth Risk Behaviour Survey, 2002. Cape Town: South African Medical Research Council.

South Africa. Department of Health. 2016. World Obesity Day 2016. <http://www.health.gov.za/index.php/gf-tb-program/323-world-obesity-day-2016>
Datum van gebruik: 26 November 2016.

Statistiek Suid-Afrika. 2009. Community survey 2007: basic results. Pretoria: Statistics South Africa. p. 1-33. <http://www.statssa.gov.za/publications/Report-03-01-31/Report-03-01-312007.pdf> Datum van gebruik: 14 November 2014.

Statistiek Suid-Afrika. 2012. Census 2011. Pretoria: Statistics South Africa. p. 1-88. <http://www.statssa.gov.za/publications/P03014/P030142011.pdf> Datum van gebruik: 14 November 2014.

Statt, D.A. 2003. The concise dictionary of psychology. 3rd ed. London: Taylor & Francis e-Library.

Steinberg, L., Vandell, D.L. & Bornstein, M.H. 2011. Development: infancy through adolescence. Australia: Wadsworth Cengage Learning.

Stenvers, D.J., Jonkers, C.F., Fliers, E., Bisschop, P.H.L.T. & Kalsbeek, A. 2012. Nutrition and the circadian timing system. (*In* Kalsbeek, A., Meroz, M., Roenneberg, T. & Foster, R.G. eds. Progress in brain research: the neurobiology of circadian timing. Amsterdam: Elsevier. 199:359-376.)

Stern, J.S. & Kazaks, A. 2009. Obesity: a reference handbook. Oxford: ABC-CLIO.

Stice, E. & Whitenton, K. 2002. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental psychology*, 38(5):669-678.

Strauss, R.S. 2000. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1):1-15.

Strydom, H. 2011. Ethical aspects of research in the social science and human service professions. (*In* De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 113-130.)

Strydom, H. & Delpont, C.S.L. 2011a. Sampling van pilot study in qualitative research. (*In* De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. Research at grass roots: for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 390-396.)

Strydom, H. & Delpont, C.S.L. 2011b. Writing the research report. (*In* De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L., eds. Research at grass roots:

for the social sciences and human service professions. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers. p. 277-294.)

Strydom, H., Steyn, M.M. & Strydom, C. 2007. An adapted intervention research model: suggestions for research and practice. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 43(4):329-342.

Stunkard, A.J., Allison, K.C., Geliebter, A., Lundgren, J.D., Gluck, M.E. & O'Reardon, J.P. 2009. Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome. *Comprehensive psychiatry*, 50(5):391-399.

Sue, D., Wing Sue, D., Sue, D.M. & Sue, S. 2014. Essentials of understanding abnormal behavior. 2nd ed. Australia: Wadsworth, Cengage Learning.

Suid-Afrika. 2010. Du Plessis v Bloem 2010 A549/10 (GNP).

Sukhodolsky, D.G. & Scahill, L. 2012. Cognitive-behavioral therapy for anger and aggression in children. New York: Guilford Press.

Sullivan, K. 2004. How to help your overweight child. London: Rodale International.

Sullivan, L. 2010. The last one picked: psychological implications of childhood obesity. *Journal for nurse practitioners*, 6(4):296-299.

Swinburn, B. & Egger, G. 2008. Analyzing and influencing obesogenic environments. (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. Handbook of obesity. New York: Informa Healthcare. p. 177-193.)

Tang-Péronard, J.L. & Heitmann, B.L. 2008. Complications of obesity: stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity reviews*, 9(6):522-534.

Taormina, R.J. & Gao, J.H. 2013. Maslow and the motivation hierarchy: measuring satisfaction of the needs. *American journal of psychology*, 126(2):155-177.

Teater, B. 2014. An introduction to applying social work theories and methods. 2nd ed. Berkshire: Open University Press.

Thompson, R.F. 2000. The brain: a neuroscience primer. 3rd ed. New York: Worth Publishers.

Thomson, L. 2005. Harry the hypno-potamus: metaphorical tales for the treatment of children. Wales: Crown House Publishing.

Tomasi, D. & Volkow, N.D. 2013. Striatocortical pathway dysfunction in addiction and obesity: differences and similarities. *Critical reviews in biochemistry and molecular biology*, 48(1):1-19.

Truter, L. 2011. Obesiteit se verband met motoriese en fisieke ontwikkeling en die effek van 'n multidissiplinêre fisieke aktiwiteitsintervensie daarop by 10- tot 12-jarige kinders. Potchefstroom: Noordwes-Universiteit. (Proefskrif - PhD.)

Truter, L., Pienaar, A.E. & Du Toit, D. 2010. Relationships between overweight, obesity and physical fitness of nine- to twelve-year-old South African children. *South African family practice*, 52(3):227-233.

Tuso, P. 2014. Physician update: total health. *Permanente journal*, 18(2):58-63.

UNE Online. 2016. Social workers and their role in decreasing obesity rates. <http://socialwork.une.edu/resources/news/social-workers-and-their-role-in-decreasing-obesity-rates/> Datum van gebruik: 6 September 2016.

Uys, P.L. & Pienaar, A.E. 2010. Die fisieke en motoriese ontwikkeling van voorskoolse kinders vanuit verskillende sosio-ekonomiese omstandighede: Thusano-studie. *Suid-Afrikaanse tydskrif vir navorsing in sport, liggaamlike opvoedkunde en ontspanning*, 32(2):131-144.

Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk. 1995. New dictionary of Social Work/
Nuwe woordeboek vir Maatskaplike Werk. Cape Town: CPT Book Printers.

Van Bilsen, H. 2013. Cognitive behaviour therapy in the real world: back to basics. London: Karnac Books.

Van der Merwe, M.T. & Pepper, M.S. 2006. National prevalence of obesity: obesity in South Africa. *Obesity reviews*, 7(4):315-322.

Van der Merwe, M.T. 2008. Management of obesity. *SA cardiology & stroke*: 25-35.

Vander Wal, J.S. 2012. Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 32(1):49-59.

VanFleet, R., Sywulak, A.E. & Sniscak, C.C. 2010. Child-centered play therapy. New York: Guilford Press.

Van Ryzin, M.J. & Nowicka, P. 2013. Direct and indirect effects of a family-based intervention in early adolescence on parent: youth relationship quality, late adolescent health, and early adult obesity. *Journal of family psychology*, 27(1):106-116.

Varness, T., Allen, D.B., Carrel, A.L. & Fost, N. 2009. Childhood obesity and medical neglect. *Pediatrics*, 123(1):399-406.

Videon, T.M. & Manning, C.K. 2003. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of adolescent health*, 32(5):365-373.

Viner, R. 2010. When does childhood obesity become a child protection issue? *BMJ*, 341(7769):375-377.

Volkow, N.D. & O'Brien, C.P. 2007. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *American journal of psychiatry*, 164(5):708-710.

Waine, C. 2008. Obesity and weight management in primary care. Chichester: Wiley.

Walsh, T. 2010. Solution-focused helper: ethics and practice in health and social care. Berkshire: Open University Press.

Wansink, B. & Van Kleef, E. 2014. Dinner rituals that correlate with child and adult BMI. *Journal of obesity*, 22(5):E91-E95.

Wardle, J., Guthrie, C.A., Sanderson, S. & Rapoport, L. 2001. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of child psychology*, 42(7):963-970.

Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C.A., Rapoport, L. & Plomin, R. 2002. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity research*, 10(6):453-462.

Weiten, W. 2013. Variations in psychology. 9th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2006. WHO child growth standards. length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Genève: WHO Press.
http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1 Datum van gebruik: 26 September 2016.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2014a. Global nutrition targets 2025: wasting policy brief (WHO/NMH/NHD/14.8). Geneva: World Health Organization. p. 1-8.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149023/1/WHO_NMH_NHD_14.8_eng.pdf?ua=1 Datum van gebruik: 26 September 2016.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2014b. Childhood stunting: challenges and opportunities. Report of a promoting healthy growth and preventing childhood stunting colloquium. Genève: World Health Organization. p. 1-34.
<http://apps.who.int/iris/>

bitstream/10665/107026/1/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_eng.pdf?ua=1 Datum van gebruik: 26 September 2016.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2015. Global database on body mass index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Datum van gebruik: 23 Oktober 2015.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2016. Obesity and overweight: fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Datum van gebruik: 23 Julie 2016.

Westerlund, A., Bottai, M., Adami, H., Belloc, R., Nyren, O., Akerstedt, T. & Lagerros, Y.T. 2014. Habitual sleep patterns and the distribution of body mass index: cross-sectional findings among Swedish men and women. *Sleep medicine*, 15(10):1196-1203.

Whittington, C. 2003. Collaboration and partnership in context. (In Weinstein, J., Whittington, C. & Leiba, T., eds. *Collaboration in social work practice*. London: Jessica Kingsley Publishers. p. 13-38.)

Wilfley, D.E., Van Buren, D.J., Theim, K.R., Stein, R.I., Saelens, B.E., Ezzet, F., Russian, A.C., Perri, M.G. & Epstein, L.H. 2010a. The use of biosimulation in the design of a novel multilevel weight loss maintenance program for overweight children. *Obesity*, 18(1):S91-S98.

Wilfley, D.E., Vannucci, A. & White, E.K. 2010b. Early intervention of eating- and weight-related problems. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(4):285-300.

Wilhelm, S. 2006. *Feeling good about the way you look: a program for overcoming body image problems*. New York: Guilford Press.

Woods, S.C. 2009. The control of food intake: behavioral versus molecular perspectives. *Cell metabolism*, 9:489-498.

Woods, S.C. & D'Alessio, D.A. 2013. Central control of body weight and appetite. *Journal of clinical endocrinology & metabolism*, 93(11):S37-S50.

Woolley, M.E. 2012. Assessment of children. (In Holosko, M.J., Dulmus, C.N. & Sowers, K.M., eds. *Social work practice with individuals and families: evidence-informed assessments and interventions*. Hoboken, N.J.: Wiley. p. 1-39).

Wu, T., Dixon, W.E., Dalton, W.T., Tudiver, F. & Xuefeng, L. 2011. Joint effects of child temperament and maternal sensitivity on the development of childhood obesity. *Matern child health journal*, 15:469-477.

Yontef, G.M. & Jacobs, L. 2008. Gestalt therapy. (In Corsini, R.J. & Wedding, D., eds. *Current psychotherapies*. 8th ed. Australia: Thomson Brooks/Cole. p. 328-367.)

Yu, J., Sit, C.H.P., Burnett, A., Capio, C.M., Ha, A.S.C. & Huang, W.Y.J. 2016. Effects of fundamental movement skills training on children with developmental coordination disorder. *Adapted physical activity quarterly*, 33:134-155.

Zastrow, C.H. & Kirst-Ashman, K.K. 2010. *Understanding human behavior and the social environment*. 8th ed. Australia: Brooks/Cole.

Zastrow, C.H. & Kirst-Ashman, K.K. 2013. *Understanding human behavior and the social environment*. 9th ed. Belmont, Calif.: Brooks/Cole.

Zolotukhin, S. 2008. Is there a future for gene therapy in obesity? (In Bray, G.A. & Bouchard, C., eds. *Handbook of obesity: clinical applications*. 3rd ed. New York: Informa. p. 453-468.)

Addendum A Addendums

A.1 Kategorisering van liggaamsgewig volgens die LMI vir volwassenes

Formule:

$$\text{LMI} = \frac{\text{gewig in kg}}{\text{Lengte in m}^2}$$

Lengte in m²

Klassifikasie	
	Bepaalde afsnyppunte van LMI vir volwassenes
Ondergewig	<18,50
Erge ondergewig	<16,00
Ondergewig	16,00 – 16,99
Matige ondergewig	17,00 – 18,49
Normale perk	18,50 – 24,99
Oorgewig	≥25,00
Pre-vetsugtig	25,00 – 29,99
Vetsugtig	≥30,00
Vetsugtig Graad 1	30,00 – 34,99
Vetsugtig Graad II	35,00 – 39,99
Vetsugtig Graad III	≥40,00

(WGO, 2015)

A.2

Ouderdomspesifieke afsnytpunte vir oorgewig of vetsug – seuns en dogters 2-18jr

Ouderdom (jare)	Liggaamsmassa-indeks 25 kg/m ₂		Liggaamsmassa-indeks 30 kg/m ₂	
	Seuns	Dogters	Seuns	Dogters
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56

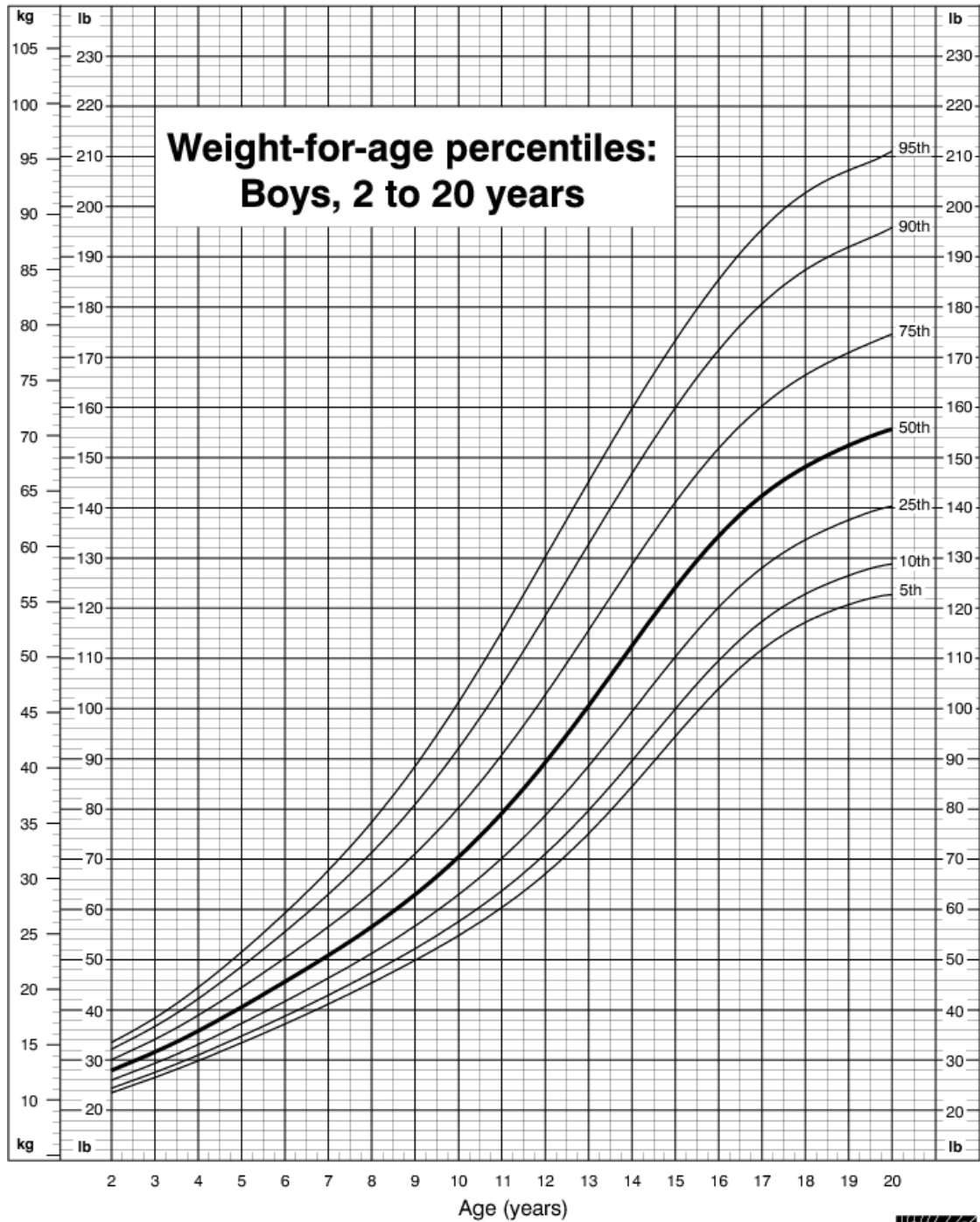
Ouderdom (jare)	Liggaamsmassa-indeks 25 kg/m₂		Liggaamsmassa-indeks 30 kg/m₂	
	Seuns	Dogters	Seuns	Dogters
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

(Cole *et al.*, 2000:1242)

A.3

Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: seuns 2-20 jaar

CDC Growth Charts: United States



Published May 30, 2000.
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

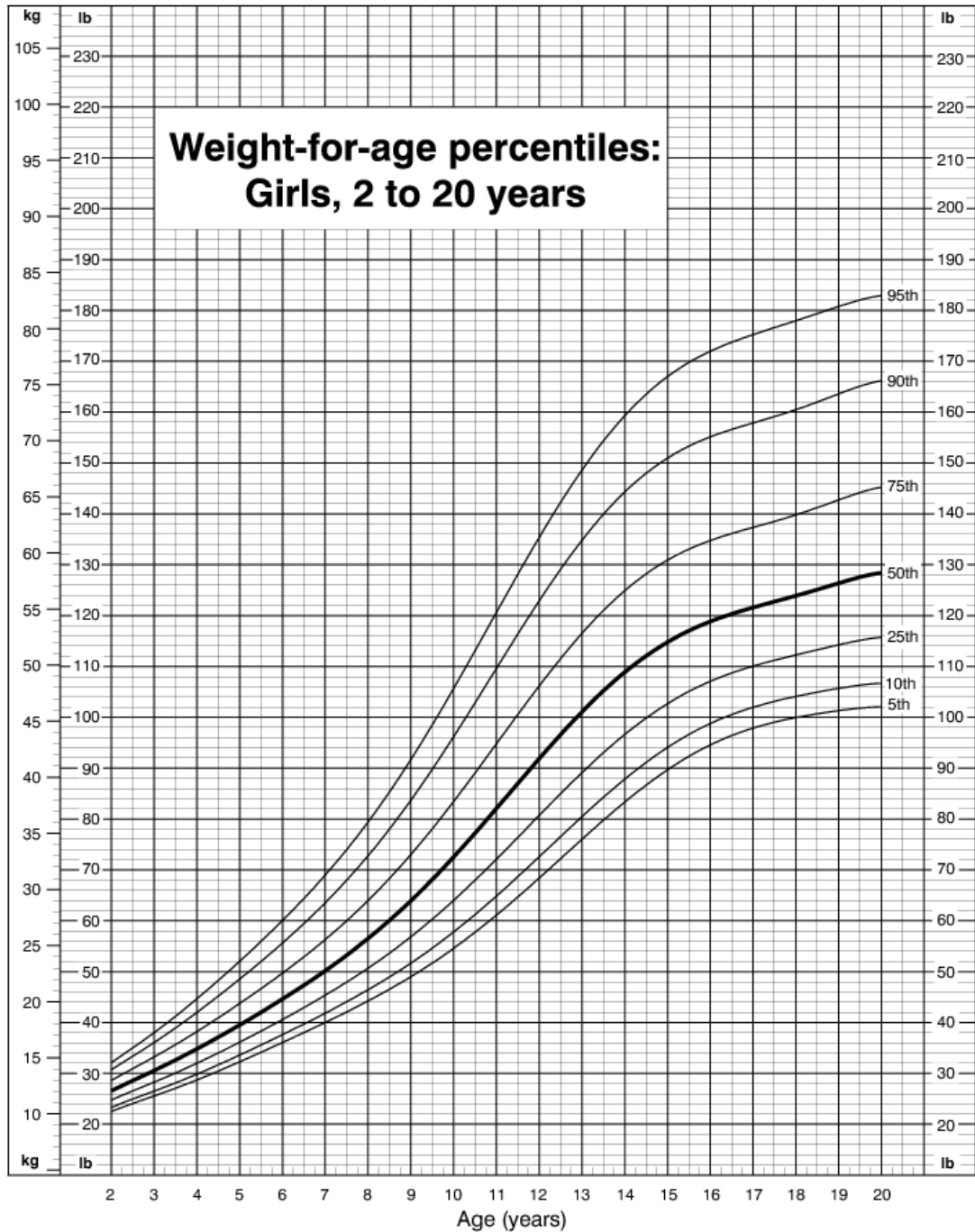


(<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set3/chart-03.pdf>)

A.4

Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: dogters 2-20 jaar

CDC Growth Charts: United States



Published May 30, 2000.
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



(<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set3/chart-04.pdf>)

A.5 Aanduiding van die persentiel vir die berekening van oorgewig

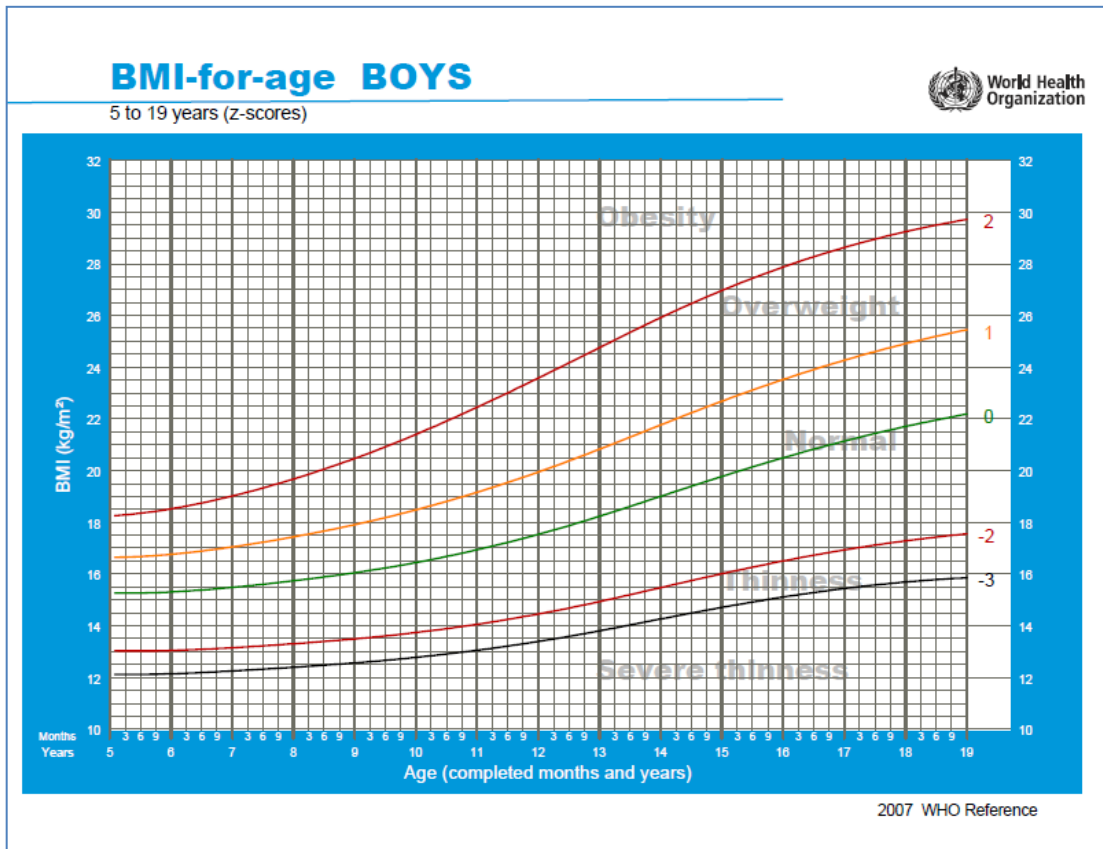
Aanduiding van gewig		
Ondergewig	Risiko vir oorgewig	Oorgewig
LMI-vir-Ouderdompersentiel		
Onder die 5 ^{de} persentiel	85 ^{ste} - 94 ^{ste} persentiel	≥95 ^{ste} persentiel
Gewig-vir-Lengte/statuur Persentiel		
5 ^{de} persentiel	N.v.t.	95 ^{ste} persentiel

(Stern & Kazaks, 2009:11)

A.6

Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: Seuns 5-19 jaar (z-scores)

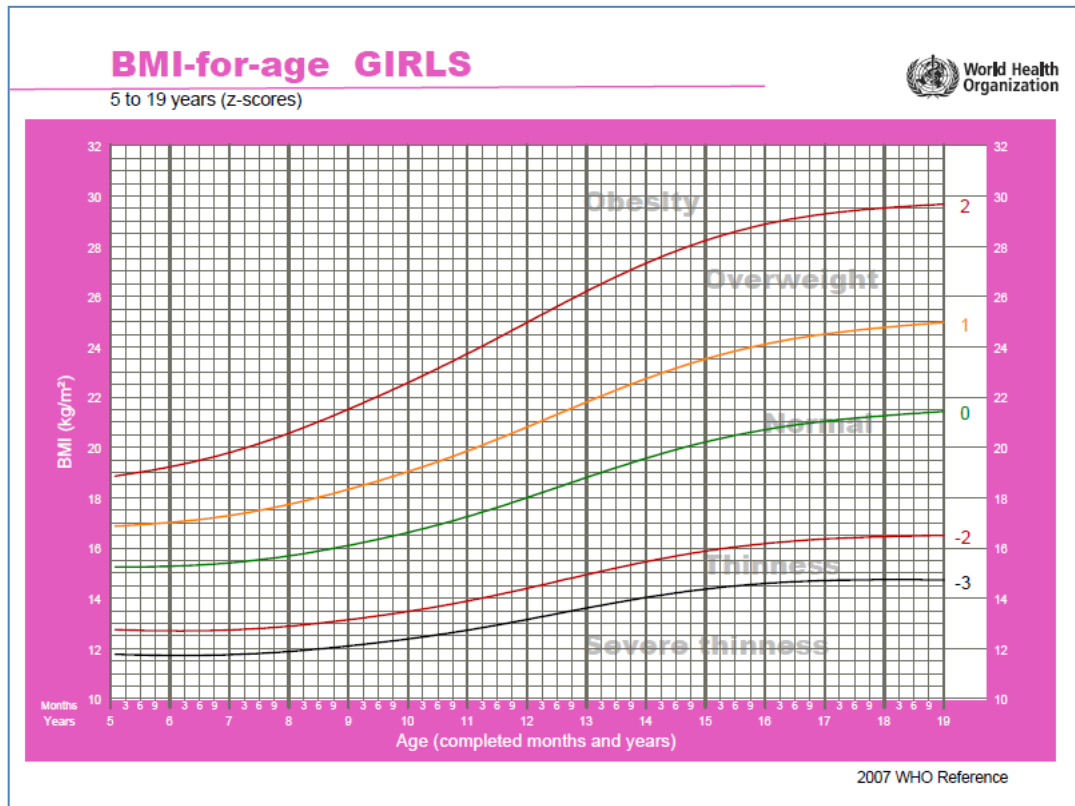
http://www.who.int/growthref/bmifa_boys_z_5_19_labels.pdf?ua=1



A.7

Groeikaart vir LMI-vir-ouderdom persentiel: dogters 5-10 jaar (z-tellings)

http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_z_5_19_labels.pdf?ua=1

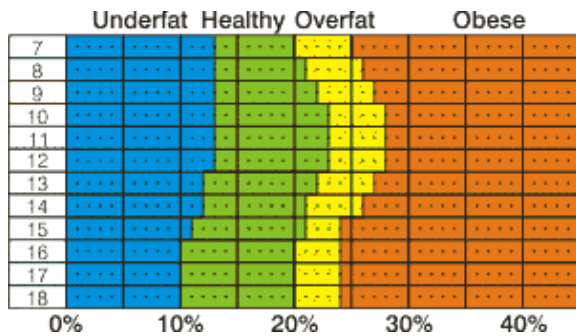


A.8 Liggaamsvettabel (BF%) volgens geslag en ouderdom (manlik 7-18jr en 18-79jr; vroulik 7-18jr en 18-79jr)

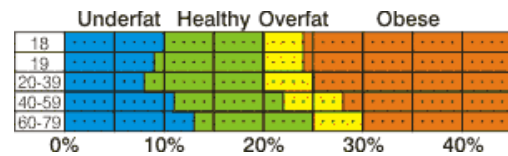
Bylae 17: Liggaamsvettabel (BF%) volgens geslag en ouderdom (Manlik 7-18 jaar en 18-79 jaar; Vroulik 7-18 jaar en 18-79 jaar).

Formule: Volwassene, manlik: $BF\% = (1,2 \times LMI) + (0,23 \times \text{ouderdom}) - 16,2$ Volwassene, vroulik: $BF\% = (1,2 \times LMI) + (0,23 \times \text{ouderdom}) - 5,4$ Kind, manlik: $BF\% = (1,51 \times LMI) - (0,70 \times \text{ouderdom}) - 2,2$ Kind, vroulik: $BF\% = (1,51 \times LMI) - (0,70 \times \text{ouderdom}) + 1$

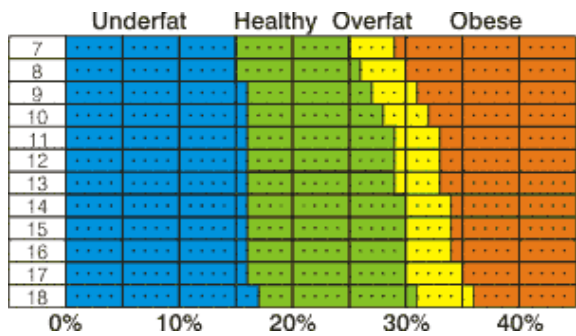
Manlik 7-18 jaar



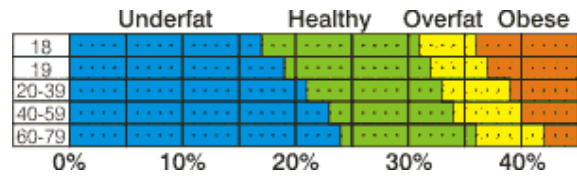
Manlik 18-79 jaar



Vroulik 7-18 jaar



Vroulik 18-79 jaar



A.9

Nag-eet-sindroom se maatstawwe

NAG-EET-SINDROOM SE MAATSTAWWE

- A. 'n Daaglikse patroon waar die inname van voedsel in die aand en/of gedurende die nag plaasvind, met een of beide van die volgende aspekte wat manifesteer:**
1. Ten minste 25% van voedsel word na die aandete ingeneem.
 2. Ten minste twee episodes van nagtelike eet per week.
- B. Bewustheid en herroeping van nagtelike eet episodes is teenwoordig.**
- C. Die kliniese beeld sluit ten minste drie van die volgende aspekte in:**
1. 'n Gebrek aan begeerte om te eet in die oggende en/of die nalating om ontbyt te eet op vier of meer oggende per week.
 2. Die teenwoordigheid van 'n sterk drang om tussen aandete en slaaptid te eet en/of gedurende die nag.
 3. Problematiese slaap aanvang en/of handhawing van slaap, slaaploosheid is teenwoordig vier of meer kere per nag per week.
 4. Die teenwoordigheid van 'n geloof dat 'n persoon iets moet eet om weer te kan slaap.
 5. Depressiewe gevoelens kom dikwels voor/ gemoed vererger in die aand.
- D. Die toestand word geassosieer met aansienlike angs of inkorting van die persoon se funksionering.**
- E. Die versteurde eetpatroon kom vir ten minste drie maande reeds voor.**
- F. Die toestand is nie sekondêr aan afhanklikheid van ander substansie, mediese toestande, medikasie of ander psigiatriese toestande nie.**

(Vander Wal, 2012:50)

A.10 Toestemming van die skoolhoof en beheerliggaam vir die beskikbaarstelling van inligtingsbriewe

Mev. E. Hermann
Dickensonlaan 1216 A
Waverley
0186
Tel. 082 565 4441
E-pos: elshahermann@gmail.com
MA(MW) Spel terapie, UP
Registrasienr. 1018161

Geagte Skoolhoof en Voorsitter

Ek is tans besig met navorsing en die titel van die navorsing is: "n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare". Oorgewig of vetsug neem daaglik toe en verskeie redes kan bydra tot hierdie feit. Deel van die navorsing is om met ouers van kinders wat leef met oorgewig of vetsug te gesels om meer aangaande die onderwerp uit te vind. U as skool kan my bystaan om hierdie navorsing te voltooi deur toestemming te verleen dat ek n skrywe aan die ouers beskikbaar mag stel. Aangeheg sal u n voorbeeld van die skrywe vind.

Die doel van die navorsing is nie gewigsverlies nie, maar veral om die fisiese, emosionele en psigososiale probleme, wat deur die feit dat die kind oorgewig is, veroorsaak kan word, aandag te laat geniet. Ek wil dan graag die identifisering van kinders op n nie-stigmatiserende wyse laat geskied deur vir al die kinders in die skool n skrywe uit te stuur en geen kind uit te sonder nie.

Indien u toestemming verleen, sal ek aan die skool die aantal briewe stuur.

Toestemming tot die beskikbaarstelling van briewe in u skool.

Hiermee bevestig ek,..... (Naam van Skoolhoof)
en(Naam van voorsitter
van Beheerliggaam).....(Kontaknommer van skool)
dat die inligting aangaande die navorsingsprojek verstaan word, en dat die onderstaande skrywe
aan ouers van die leerlinge van(Skool se naam)
beskikbaar gestel mag word.

Die skool onderneem om die navorser te kontak, indien enige probleme ondervind sou word.

Handtekening: Skoolhoof

Handtekening: Voorsitter

Datum

A.11 Inligtingsbrief aan ouers

Mev. E. Hermann
Dickensonlaan 1216 A
Waverley
0186
Tel. 082 565 4441
MA(MW) Speltherapie, UP
Registrasienr. 1018161

Geagte Ouers

Ek is tans besig met navorsing en die titel van die studie is: "n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare". Oorgewig of vetsug neem daaglik toe en verskeie redes kan bydra tot hierdie feit. Deel van die navorsing is om met ouers van kinders wat leef met oorgewig of vetsug te gesels om meer aangaande die onderwerp uit te vind. Indien u kind/ers het wat met oorgewig leef, kan u my bystaan om hierdie navorsing te voltooi deur u en u kind se positiewe en negatiewe beleving ten opsigte van hierdie onderwerp met my te deel. Die doel van die navorsing is om 'n program daar te stel wat hierdie probleem op 'n nediskriminerende, of nie-stigmatiserende wyse te hanteer.

Hoe weet ek my kind/ers is oorgewig of vetsugtig?

Meet die kind se lengte en gewig op 'n gemaklike wyse, deur byvoorbeeld die hele gesin se lengte en gewig te meet. Moenie aan die kind sê ons wil kyk hoe swaar jy weeg nie, maar sê liewer ons wil kyk hoe groei almal in die huis. Daar kan oor 'n paar maande weer gemeet word om te kyk hoe dit verander het.

Indien u nie seker is of u kind oorgewig/vetsugtig is nie kan u die volgende maklike stappe volg:

1. Besoek: <https://nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx>.
2. Gaan na die *Child and Teen BMI Calculator*.
3. Verander die *metric* na kg.
4. Vul u kind se besonderhede in.
5. Die berekening sal aandui of u kind ondergewig, normale gewig, oorgewig is.

Hoeveel tyd gaan die gesprek neem?

Slegs 'n uur van u tyd word gevra!

Waaroor sal die gesprek gaan?

Die doel van hierdie navorsing is nie gewigsverlies nie, maar veral om die fisiese, emosionele en psigososiale probleme, wat deur die feit dat die kind oorgewig is, veroorsaak kan word, aandag te gee.

Wat word met die inligting gemaak?

Ek wil aan u die versekering gee dat alle inligting vertroulik hanteer sal word en dat deelname aan die navorsing vrywillig is. Alle inligting word direk na die verwerking daarvan gestoor waar niemand sonder 'n geldige wagwoord toegang daartoe kan verkry nie en word vir geen ander redes aangewend as net vir die navorsing nie.

Wat doen ek, as ek aan die navorsing wil deelneem?

Stuur 'n **SMS** na **082 565 4441** en ek sal met u in verbinding tree.

Indien u eers meer inligting wil bekom, kan u my gerus skakel.

U deelname aan die navorsing kan help om oorgewig of vetsug by kinders aan te spreek. Indien u die finale resultate van die navorsing belangstel, sal ek dit aan u beskikbaar stel.

Byvoorbaat dankie.

Vriendelike groete

Mev. Elisha Hermann

Dickensonlaan 1216 A

Waverley

0186

Tel. 082 565 4441

MA(MW) Speltherapie, UP

Registrasienr. 1018161

Voorlopige toestemming tot navorsing

Hiermee bevestig ek, _____(naam en van), _____(kontaknommer) dat ek die inligting aangaande die navorsingsprojek verstaan, en dat ek aan die navorsing sal deelneem. Ek is bereid om 'n onderhoud met die navorser toe te staan. Ek onderneem om die navorser te kontak, indien ek enige probleme sou ondervind.

Hantdtkening: _____ Datum: _____

Wanneer u by die finale deelname aan die navorsing kom, word 'n ander meer breedvoerige toestemmingsvorm voltooi waarin u duidelik sal sien wat verwag word indien u met die navorsing sou voortgaan. Dit sal u verder inlig dat u ter enige tyd van die navorsing kan onttrek en dus onder geen verpligting staan om die navorsing te voltooi nie.

A.12 Toestemmingsbrief aan mediese praktyke en ander vir die beskikbaarstelling van inligtingsbriewe

Mev. E. Hermann
Dickensonlaan 1216 A
Waverley
0186
Tel. 082 565 4441
E-pos: elshahermann@gmail.com
MA(MW) Speltherapie, UP
Registrasienr. 1018161

Geagte Dokter/s

Ek is tans besig met navorsing en die titel van die studie is: "n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare". Oorgewig of vetsug neem daaglik toe en verskeie redes kan tot hierdie feit bydra. Deel van die navorsing is om met ouers van kinders wat leef met oorgewig of vetsug te gesels om meer aangaande die onderwerp uit te vind. U kan my bystaan om hierdie navorsing te voltooi deur toestemming te verleen dat 'n skrywe aan u pasiënte beskikbaar gestel mag word. Aangeheg sal u 'n voorbeeld van die skrywe vind, soos wat dit aan die ouers oorhandig kan word (soos gevind in Addendum 2: Inligtingsbrief aan ouers).

Die doel van die navorsing is nie gewigsverlies nie, maar veral om die fisiese, sosiale en psigososiale probleme, wat veroorsaak kan word deur die feit dat die kind oorgewig is, aandag te laat geniet. Ek wil graag die identifisering van kinders op 'n nie-stigmatiserende wyse laat geskied en u oordeel in hierdie verband sal waardeer word.

Indien u toestemming verleen, sal ek aan u praktyk die aantal briewe stuur.

Toestemming tot die verspreiding van briewe in u praktyk.

Hiermee bevestig ek, (Naam van dokter)
en (Naam van dokter)
.....(Kontaknommer van praktyk)
dat die inligting aangaande die navorsingsprojek verstaan word, en dat die onderstaande skrywe aan ouers beskikbaar gestel mag word.

Die praktyk onderneem om die navorser te kontak, indien enige probleme ondervind sou word.

Handtekening: Dokter

Handtekening: Dokter

Datum

A.13 Toestemmingsbrief aan ouers, as deelnemers

Mev. E. Hermann
Dickensonlaan 1216 A
Waverley
0186
Tel. 082 565 4441
MA(MW) Speltherapie, UP
Registrasienr. 1018161

Geagte ouers

Baie dankie dat u bereid is om aan die navorsing deel te neem. Aangesien hierdie 'n baie sensitiewe onderwerp vir beide die kind en die ouer is, sal ek dit met groot omsigtigheid hanteer.

Ek wil u weereens verseker dat alle inligting vertroulik en anoniem hanteer sal word en dat deelname aan die navorsing vrywillig is. Alle inligting word direk na die verwerking daarvan gestoor waar niemand sonder 'n geldige wagwoord toegang daartoe kan kry nie en word vir geen ander redes aangewend as net vir die navorsing nie. Alle persoonlike inligting wat bekend gemaak sal word, sal met u toestemming gedoen word en slegs u en u kind se geslag, ouderdom asook die Liggaamsmassa-indeks (LMI) soos deur u verskaf, sal gebruik word vir identifisering

Daar sal van u verwag word om 'n uurlange gesprek met die navorser toe te staan. Die gesprek met die navorser sal geskied deur verskeie vrae wat die navorser aan u sal stel wat u so eerlik as moontlik moet beantwoord. Ek kan u verseker dat die doel van die navorsing nie gewigsverlies is nie, maar dat veral die fisiese, emosionele en psigososiale probleme, wat veroorsaak kan word deur die feit dat u kind oorgewig is, aandag sal geniet.

U deelname aan die navorsings sal help om 'n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die oorgewig of vetsugtige kind daar te stel. Indien u in die finale resultate van die navorsing belangstel, sal ek dit aan u beskikbaar stel.

Hiermee gee ek,..... (naam en van) toestemming om 'n uurlange gesprek met mev. E. Hermann toe te staan. Ek bevestig dat ek die inligting aangaande die navorsingsprojek verstaan, en dat ek vrywillig deelneem. Ek onderneem om die navorser te kontak, indien ek enige probleme sou ondervind.

Handtekening

Datum

Byvoorbeeld dankie.

Vriendelike groete

Mev. Elsha Hermann

A.14 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die ouers as deelnemers

AANVANKLIKE VRAAG:

Vertel my meer van jul kind se gewig.

OPVOLGVRAE:

Gesinsomgewing:

1. Hoe ervaar jou kind sy oorgewig?
2. Hoe ervaar julle die kind se oorgewig? En die broers/susters? Grootouers? Ander familielede?
3. Is daar enige spesifieke gedrag wat u oorgewig kind toon, wat anders is as die ander kinders in die gesin?

Skoolomgewing:

4. Hoe tree maats by die skool teenoor u kind op?
5. Hoe tree onderwysers teenoor u kind op? (Indien die antwoord negatief is) Dink u dit is anders as gevolg van u kind se gewig?
6. Is daar enige ander probleme wat die kind in die skool ervaar?
7. Hoe word oorgewig of vetsug in die skool hanteer? Is daar enige spesifieke programme of beleidsdokumente in die skool aangaande die probleem?

Fisiese aktiwiteite:

8. Neem u kind aan enige sportsoorte deel? Of buitemuurse aktiwiteite?
9. Wat doen u kind graag in sy vrye tyd? Hoeveel ure per week spandeer hy daaraan? Noem asb. alle aktiwiteite en verduidelik asb. volledig.

Emosionele determinant:

10. Wanneer was die aanvang van die oorgewig? Verduidelik die antwoord asb.
11. Kan u enige spesifieke traumatiese gebeure in daardie tyd identifiseer?
12. Kan u enige oorsake/redes vir u kind se gewig identifiseer? Noem so veel as moontlik.
13. Toon die kind negatiewe emosionele gedrag?
14. Kom die volgende voor? In watter opsig en tot watter mate?
Diskriminasie? Stigmatisering? Depressie? Sosialisering? Onderprestering?
15. Hoe sal u die beeld wat u kind van homself het, beskryf?

Rol van die ouers:

16. Watter rol speel u as ouers, indien enige, in hierdie probleem? Verduidelik asb. volledig?

Hantering van probleem:

17. Het u al gepoog om die kind se oorgewig aan te spreek? Hoe het u dit hanteer? Noem soveel stappe as moontlik wat u geneem het (tuis en gespesialiseerde hulp).

Voorstelle vir program:

18. Wat dink u is 'n ideale program/manier om die kind se oorgewig aan te spreek?
19. Is daar nog enige iets anders wat u wil noem ten opsigte van u kind se gewig?

A.15 Toestemmingsbrief aan kundiges as deelnemers

Mev. E. Hermann
Dickensonlaan 1216 A
Waverley
0186
Tel. 082 565 4441
MA(MW) Speltherapie, UP
Registrasienr. 1018161

Geagte

Ek is tans besig met navorsing en die titel van die studie is: “’n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare”. Oorgewig of vetsug neem daaglik toe en verskeie redes kan bydrae tot hierdie feit. Deel van die navorsing is om met kundiges op die gebied van kinderoorgewig of vetsug te gesels om meer aangaande die onderwerp uit te vind. U kan my bystaan om hierdie navorsing te voltooi deur u kundigheid met my te deel. Die doel van die navorsing is om ’n program daar te stel, wat hierdie probleem op ’n nie-diskriminerende, of nie-stigmatiserende wyse hanteer.

Daar sal van u verwag word om ’n uurlange gesprek met die navorser toe te staan. Die gesprek met die navorser sal geskied deur verskeie vrae wat die navorser aan u sal stel wat u so eerlik as moontlik moet beantwoord. Ek wil u verseker dat alle inligting vertroulik hanteer sal word en dat deelname aan die navorsing vrywillig is. Alle inligting word direk na die verwerking daarvan gestoor waar niemand sonder ’n geldige wagwoord toegang daartoe kan kry nie en word vir geen ander redes aangewend as net vir die navorsing nie. Alle persoonlike inligting wat bekend gemaak sal word, sal met u toestemming gedoen word.

U deelname aan die navorsing sal help om ’n holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die oorgewig of vetsugtige kind daar te stel. Indien u in die finale resultate van die navorsing belangstel, kan ek dit aan u beskikbaar stel.

Hiermee gee ek,..... (naam en van) toestemming om ’n uurlange gesprek met mev. E. Hermann toe te staan. Ek bevestig dat ek die inligting aangaande die navorsingsprojek verstaan, en dat ek vrywillig deelneem. Ek onderneem om die navorser te kontak, indien ek enige probleme sou ondervind.

Handtekening

Datum

A.16 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die verskeie kundiges as deelnemers

A.16.1 Basiese semi-gestruktureerde onderhoudskedule aan kundiges

1. Wat is die fokus en aard van jou praktyk?
2. Wat, na jou mening, is die **oorsake** van oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare?
3. Wat is die **nuwe-effekte (gevolge)** van oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare?
4. Watter **program of strategie** volg jy in die behandeling van oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare?
5. Neem die behandelingstrategie wat jy volg enige emosionele aspekte by die oorgewig of vetsugtige kinders waar? Verduidelik jou antwoord, asb.
6. Wat is die **positiewe aspekte** in die behandelingstrategie wat jy volg?
7. Wat voel jy **ontbreek in bestaande programme** en wat kan jy as groei-areas identifiseer?
8. Wat is na jou mening die **vereiste aspekte** in 'n behandelingsprogram om oorgewig of vetsug by kinders in die middelkinderjare te hanteer?
9. Word die probleem in jou praktyk in 'n **spanverband** hanteer en dink jy dit is nodig? Motiveer asseblief jou antwoord.

A.16.2 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir onderwysers

Basiese onderhoudskedule (Addendum 16) en die volgende vrae:

1. Is daar kinders wat met oorgewig of vetsug in julle skool leef en wat is die **voorkoms** daarvan?
2. Toon die kinders meer negatiewe **emosionele gedrag**?
Diskriminasie? Stigmatisering? Depressie? Sosialisering? Onderprestering?
3. Hoe word hierdie probleem in die **skoolomgewing hanteer**?
4. Is daar spesifieke **programme** of beleid in die skool aangaande die probleem?

A.16.3 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir mediese dokters

Basiese onderhoudskedule (Addendum 16) en die volgende vrae:

1. Is daar enige mediese voorskrifte/beleid?
2. Is dit wel vir u belangrik om oorgewig of vetsug te hanteer?

A.16.4 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir maatskaplike werkers

Basiese onderhoudskedule (Addendum 16) en die volgende vrae:

1. Wat dink jy is die maatskaplike werker, indien enige, se rol in hierdie verband?

A.17 Toestemmingsbrief aan kundiges, as deelnemers (Engelse weergawe)

Mrs. E. Hermann
1216 A Dickenson Avenue
Waverley
Pretoria
0186
South Africa
Tel. 082 565 4441
MA in Social Work (Play therapy), UP
Registrasienr. 1018161

Dear

I am currently doing research for a PhD in Social Work and the title of my dissertation is: “n Holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram vir die kind wat leef met oorgewig of vetsug in die middelkinderjare” which, translated is: “A holistic social work support program for a child living with overweight or obesity during the middle childhood years.” The incidence of children suffering from overweight and obesity, is increasing daily, and it could be attributable to several reasons. Part of the research is to consult with experts in the field of overweight children or children suffering from obesity in an endeavor to examine the subject more closely. At the moment, I am completing the Psychology of Eating Course and would appreciate it if you could assist me in my research by sharing the institute's insights and expertise with me.

The purpose of the study is to create a holistic support program that will deal with this problem in a way that would be non-discriminatory or non-stigmatising towards the children. I am putting various questions to you with a request to you to reply to them as honestly as possible. Should it be more convenient we could also communicate telephonically or via Skype. If so, please could you indicate when it would be convenient for such a conversation to take place? I wish to give you the assurance that all information would be dealt with as confidential and that participation in the research is voluntary. All data will be saved straight after processing and no one will be able to gain access to it without a valid password. The data will not be used for any reasons other than research. Any personal information that may be revealed would only be done with your consent.

Your participation in the research would assist in formulating a holistic social work support program aimed at overweight and obese children. Should you be interested in receiving the final results of the study, I'll kindly oblige.

I, (first name and surname) hereby consent to participate in the research. I confirm that I understand the information regarding the project and that my participation is voluntary. I will give my full co-operation and undertake to contact the researcher (+27 (0) 12 332 5153) should I experience any problems.

Signature

Date

**A.18 Semi-gestruktureerde onderhoudskedule vir die kundiges
(Engelse weergawe)**

1. What, in your opinion, are the **causes** of child overweight and obesity during the middle childhood years?
2. What are the **side-effects (consequences)** of overweight and obesity during middle childhood?
3. What **program or strategy** do you follow in treating overweight or obese children during the middle childhood years?
4. What are the **positive aspects** in the treatment strategy you are implementing?
Regarding the treatment strategy implemented in practice:
5. What do you believe is **lacking in existing programs** and what can you identify as growth areas for programs aimed at overweight children during the middle childhood years?
6. What, in your opinion, are the **required aspects in a treatment program** to address overweight and obesity among children during middle childhood?
7. In your practice, is the problem being addressed in a **team** context, and in your opinion is it necessary to do so? Please motivate your answer.

A.19

Onderzoekmetodes tydens die assesseringsfase

<p>ASSESSERING VAN DIE KIND</p>	<p>i. Vlakke van ontwikkeling en funksionering van die kind word vasgestel. Die maatskaplike werker fokus veral op die psigososiale funksionering van die kind in die assessering. Assessering van ander professies byvoorbeeld dieetkundige, mediese dokter en kinderkinetikus voer hul eie assessering uit sodat 'n holistiese plan vir die kind se unieke behoeftes saam gestel kan word.</p> <p>i. Die onderzoekmetodes wat deur die maatskaplike werker in die holistiese maatskaplikewerk-ondersteuningsprogram aangewend kan word, is grootliks gegrond op Cook-Cottone, Kane en Anderson (2015:37-42), Geldard <i>et al.</i> (2013:174-260); Landreth (2002:136-145), Oaklander (1988:159-179) en Potgieter (1993:75) se onderzoekmetodes.</p>
<p>Onderzoekmetode</p>	<p>Doel van die metode</p>
<p>1. Gesprek met die kind</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Daar kan 'n eenvoudige gesprek met die middelkinderjare-kind gevoer word, maar die grootste gedeelte van die sessie moet uit spel bestaan. o Bied vasgestelde struktuur aan die assessering. o Verkry direkte inligting ten opsigte van die kind se gesin, skool, maats, onderwysers en enige ander onduidelike aangeleentheid.
<p>Projektiewe tegnieke sluit die volgende in:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesinsprojeksie en tekeninge 	<ul style="list-style-type: none"> o Verkry inligting aangaande die kind se persepsie van sy gesin se funksionering.
<ul style="list-style-type: none"> • Fantasetegnieke o.a. • dierefantasie, voëlfantasie, maanreisfantasie, uitspreek van wense en ander. 	<ul style="list-style-type: none"> o Bepaal die kind se persepsie van sy gesin, homself en ander in sy leefwêreld. o Bepaal die ouers se betrokkenheid en ondersteuning aan die kind. o Bepaling van belangrike persone in die kind se lewe en sy gevoelens rondom persone. o Bepaal onvervulde behoeftes.
<ul style="list-style-type: none"> • Sinsvoltooing 	<ul style="list-style-type: none"> o Verkry inligting aangaande die kind se beleving van verskillende aspekte van sy lewe, gesin en skool.
<ul style="list-style-type: none"> • Tekeninge o.a. • Teken jouself • Teken jou gesin 	<ul style="list-style-type: none"> o Verkry inligting aangaande die kind se belewenis van homself, gesin en ander relevante verhoudings, asook sy leefwêreld.
<ul style="list-style-type: none"> • Selfprojeksie 	<ul style="list-style-type: none"> o Bepaal kind se persepsie van homself binne verskeie situasies.
<ul style="list-style-type: none"> • Projektiewe spel 	<ul style="list-style-type: none"> o Verkry inligting ten opsigte van die kind se leefwêreld, gesin se funksionering en interaksie, of die skoolomgewing en verhoudings.

Na afloop van die assessering met die kind wat met oorgewig of vetsug leef, word 'n onderhoud met die ouer geskeduleer om inligting wat bekom is te bevestig, te weerlê of nuwe inligting te verkry. Die kind leef in interaksie met ander en daarom is die siening van die ouers in hierdie verband van groot waarde.

**ONDERHOUDVOERING
MET DIE OUER**

- i. Identifiserende besonderhede en algemene inligting aangaande die kind word verkry.
- ii. Verbale en nie-verbale opmerkings word tydens die onderhoud in ag geneem.
- iii. Onderhoud behels die vasstelling van die omvang van die probleem en die bevestiging van inligting soos in die onderhoud met die kind verkry is. Die skedule vir die onderhoud met die ouer (Addendum 20) kan aangewend word om die omvang van die gewigsprobleem vas te stel (Bogo, 2006:166-168; Potgieter, 1993:95-96). Die doel van hierdie skedule is om soveel as moontlik van die gesin en die kind te verstaan en te ontdek, sodat 'n holistiese hulpverleningsplan vir die kind met sy unieke behoeftes saamgestel word. Die skedule is baie omvattend en kan aangepas word volgens die beskikbare tyd en relevante inligting wat bekom wil word. Die skedule dien slegs as hulpmiddel vir gesprekvoering en word nie aan die ouers voorsien om te voltooi nie. Die maatskaplike werker moet juis die nie-verbale gedrag en reaksies van die ouer waarneem.
- iv. Die kind se eetgedrag kan met die Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) bepaal word (Wardle *et al.*, 2001) (Addendum 21a, 21b).
- v. Die voedingstyl van die ouer kan met 'n vraelys, Parental Feeding Style Questionnaire (PFQ) bepaal word (Wardle *et al.*, 2002) (Addendum 22a, 22b).
- vi. Terugvoer van assesseringsbevindinge na aanleiding van die onderhoud met die kind.

A.20**Onderhoud met die ouer tydens assessering**

Vrae	Doel van die vrae
<p>1. Aanvanklike opmerkings</p> <p>Dankie dat u hier is vandag. As jy 'n towerstaffie kon swaai en 'n wens kon maak, wat sou jy gewens het ten opsigte van die werk wat hier gedoen moet word? (Corcoran, 2011:124; De Jong & Berg, 2013:90-107).</p> <p>Sluit aan by bogenoemde opmerking met: "Sou dit nie lekker gewees het as ons 'n towerpil kon drink en dan presies kon kry wat ons begeer nie", of "my raaskoot is, as jy soos ander ouers is, hoop jy al baie lank dat jou wens waar moet word".</p> <p>Bevestig aan die ouer dat alles in jou vermoë gedoen sal word om die kind en ouer te help om hul doel te bereik en dat daar verskeie wyses is waarop die probleem aangespreek kan word.</p>	<p>Skep 'n gemaklike, ontspanne omgewing. Verwagtinge van die ouer word uitgespreek.</p> <p>Gevoel van erkenning en omgee word geskep. Die maatskaplike werker vereenselwig met die ouer se begeertes. Die maatskaplike werker bevestig dat daar saam 'n uitkoms gevind kan word.</p>
<p>2. Struktuur van die sessie</p> <p>Verduidelik aan die ouer hoe die sessie ingerig gaan word, byvoorbeeld daar gaan baie tyd aan vrae spandeer word wat nie altyd relevant of selfs sinvol vir die ouer gaan wees nie, maar verseker die ouer dat die inligting wel belangrik is.</p> <p>Verduidelik aan die ouer dat daar na die onderhoud terugvoer gegee sal word en dat verdere behandeling dan bespreek sal word. Bevestig of hierdie werkswyse sinvol vir die ouer is.</p>	<p>Bied struktuur aan die onderhoud en oorkom moontlike onsekerhede en vrese.</p>
<p>3. Inligting aangaande die swangerskap</p> <p>Moeder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was die swangerskap beplan? • Hoe was u gemoed oor die algemeen tydens die swangerskap? • Het u enige komplikasies/probleme gedurende die swangerskap ervaar? • Watter tipe voeding het u kind ontvang, direk na geboorte en daarna? 	<p>Trauma of stres in die prenatale en neotale fase van die kind word vasgestel.</p> <p>Die tipe voeding wat die baba ontvang het, het nie net moontlik 'n invloed op die kind se gewig nie, maar is ook 'n aanduiding van die gehegtheid en temperament, veral as die ouer uitwys dat die kind 'n moeilike baba was.</p>
<p>4. Inligting aangaande die kind se gewig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel weeg u kind nou? 	<p>Hierdie is 'n baie sensitiewe vraag en moet met die nodige empatie gevra word. Die doel van die vraag is nie noodwendig 'n korrekte antwoord nie, maar eerder 'n bepaling van die ouer se bewustheid aangaande die kind se gewig. Dui ook die ouer se belewing van die kind se gewig aan.</p>

Vrae	Doel van die vrae
<ul style="list-style-type: none"> Hoeveel dink jy moet jou kind weeg? 	<p>Bepaal of die ouer 'n realistiese verwagting het ten opsigte van die kind se gewig.</p>
<ul style="list-style-type: none"> So, jy dink (naam) moet () kg gewig verloor, is dit reg? Wanneer laas het (naam) soveel geweeg? Dink jy dit is 'n redelike en haalbare doel vir jou kind? (Indien nie) – Wat sal 'n meer redelike en haalbare doel vir jou kind wees? 	<p>Die ouer is soms gefokus op 'n getal wat nie noodwendig realisties of haalbaar is nie. Hierdie vrae kan die ouer tot insig lei, indien hul onrealistiese verwagtinge ten opsigte van die kind gewig koester. Daar word ook bepaal of die kind na ander professies verwys moet word.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Is u kind tans op enige gewigsverliesprogram? Was die kind al voorheen op enige vorm van dieet? Gee asseblief volledige inligting van al die pogings en hoe die kind dit ervaar het. (Indien daar vorige pogings was) Watter pogings om gewig te verloor was die suksesvolste? 	<p>Die geskiedenis van vorige gewigsverliespogings word verken en die gevoelens van die kind en ouer word ontgin.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Kan jul enige redes gee, waarom jul dink die kind so 'n uitdaging met gewig het? Wat dink jy sal help dat die kind se gewig stabiliseer, of dat die kind gewig verloor? 	<p>Insig in die situasie word getoets en verskeie oorsake word ontgin. Bepaal rede vir die noodsaaklikheid van gewigsverlies volgens die ouer se siening. Konflik tussen die ouer en kind se sienings kan na vore kom.</p>
<p>5. Bepaling van traumatiese gebeure</p> <ul style="list-style-type: none"> Wanneer was die aanvang van die gewigstoename? Het daar iets spesifiek gebeur? Was daar 'n skielike toename in gewig? Wat was die omstandighede? Het die kind enige traumatiese ervaring byvoorbeeld dood, hospitalisasie, egskeiding beleef? 	<p>Vasstelling van traumatiese gebeure in die lewe van die kind. (Verwys na parr. 2.4.2, 2.4.2.3 en 3.7.)</p>
<p>6. Mediese of biologiese oorsake</p> <ul style="list-style-type: none"> Is die kind al voorheen deur ander kundiges, professionele persone, dokters gediagnoseer? Wat was die diagnose? 	<p>Mediese of biologiese oorsake word ondersoek. Indien daar enige vermoede van hormonale disfunksie bestaan, moet die kind na 'n mediese dokter verwys word (verwys na par. 2.4.2.5.) 'n Volledige fisiese ondersoek deur 'n mediese dokter word aanbeveel en indien nodig kan die nodige patologiese toetse gedoen word.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Neem die kind tans enige medikasie? Ander gesondheidsprobleme wat die kind ervaar? Spysvertering? Slaap? Energievlakke? Hiperaktiwiteit? Gemoedskommelings? Voedselallergieë? Depressie? Hardlywigheid? Groei die kind se hare en naels na wense? Diabetes/Insulienweerstandigheid? Skildklier? Is die kind onder mediese/dokters toesig? 	<p>Mediese, biologiese en genetiese oorsake. Indien enige probleem in hierdie verband voorkom, moet die nodige verwysing na ander professies soos die mediese dokter of dieetkundige gemaak word.</p>

Vrae	Doel van die vrae
<ul style="list-style-type: none"> Het die kind enige steroïde hormonale behandeling ontvang? 	
<ul style="list-style-type: none"> Geniet die kind voedsel? Wat is sy gunsteling voedsel? Wat is sy gunsteling restaurant? Reageer die kind op die visuele stimulus van voedsel? Toon die kind dat hy honger- en versadigingseine ervaar? Wat is die res van die gesin se gevoel rondom voedsel? Is die kind 'n vinnige, gemiddelde of stadiger eter? 	<p>Verhouding met voedsel, eetpatrone en eetgewoontes word ontgin. Die liggaam moet kan onderskei tussen honger- en versadigingseine (verwys na par. 2.4.2.1.) Die sintuie ervaar meer bevrediging as daar bewustelik geëet word (verwys na par. 2.4.2.1.)</p> <p>Konflik tussen die ouer en kind ten opsigte van die eetervaring kan verskil.</p>
<p>7. Wense</p> <ul style="list-style-type: none"> Wat dink jy sal anders in die kind se lewe wees as hy gewig verloor en die liggaam het wat hy begeer? 	<p>Die ouer se wense vir die kind word uitgelig. Onrealistiese verwagtinge/veranderinge en moontlike psigososiale probleme/behoefte word geïdentifiseer.</p>
<p>8. Genetiese determinant</p> <ul style="list-style-type: none"> Wat is die gewigstatus van die gesinslede? Ouers en sibbe? 	<p>Genetiese geneigdheid tot oorgewig word bepaal (verwys na par. 2.4.1.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hoe voel die res van die gesinslede oor die kind se gewig? Hoe reageer hulle en wat sê hulle? 	<p>Gesinsverhoudings. Viktimisering en stigmatisering binne die gesinsverband. Rol van die ouers en gesinslede.</p>
<p>9. Skoolomgewing en vriende</p> <ul style="list-style-type: none"> Wat is die kind se ervaring van skool? Het hy min/baie maats? Hoe beïnvloed die kind se gewig sy akademie, sport en sosiale lewe? 	<p>Spanning, viktimisering, diskriminering en stigmatisering in die skoolomgewing word ontgin (verwys na parr. 2.4.2.6 en 2.4.4.3.)</p>
<p>10. Psigososiale/Gedrag</p> <ul style="list-style-type: none"> Ondervind u kind woedebuie? Hoe reageer u daarop? Kom aggressiewe gedrag by die kind voor? Ervaar u kind teistering of boeligedrag? Hoe dikwels soek die kind spesifieke u aandag? Op watter wyse soek die kind hierdie aandag, byvoorbeeld huil, aanraking ensovoorts? 	<p>Psigososiale invloede en negatiewe gedrag word bepaal. Tipe verhouding/gehegtheid tussen ouer en kind word beklemtoon.</p>
<p>11. Verhoudings in gesin</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoe is die kind se verhouding met die moeder, vader en sibbe onderskeidelik? Hoe lank kommunikeer u doelbewus met die kind, byvoorbeeld voor slaapyd, tydens badtyd en etenstye? 	<p>Gesinsverhoudings, gehegtheid en temperamente word bepaal.</p>
<p>12. Gemeenskap</p> <ul style="list-style-type: none"> Waar woon julle? Hoe veilig is die gemeenskap? Is daar parke naby? Hoe sal jy die ideale woonbuurt om in te woon, beskryf? 	<p>Gemeenskap en die veiligheid van die gemeenskap word bepaal.</p>
<p>13. Fisieke aktiwiteite</p>	<p>Die mate van fisieke aktiwiteite word bepaal.</p>

Vrae	Doel van die vrae
<ul style="list-style-type: none"> Hoeveel tyd per dag spandeer u kind voor die televisie, voor 'n rekenaar, met selfoongesprekke, ens? Geniet die kind fisieke aktiwiteite? Watter soort fisiese aktiwiteite doen die kind? Watter soort fisiese aktiwiteite doen die gesin saam? Wat doen die kind in sy vrye tyd? 	<p>Die kind se voorkeur vir fisieke aktiwiteite word uitgelig. Die mate waartoe die gesin saam tyd spandeer en die kwaliteit van die verhoudings word bepaal.</p>
<p>14. Psigososiale aspekte word beklemtoon om verdere intervensie uit te lig</p> <ul style="list-style-type: none"> Word die kind gekritiseer? Wanneer en deur wie word die kind gekritiseer? Wat kan die kind help om sy liggaam werklik lief te hê, net soos wat dit nou is – behalwe om gewig te verloor? 	<p>Emosionele, selfbeeld en liggaamsbeeld, asook verhoudings word bepaal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hoe sal die kind se ideale verhouding met voedsel lyk en voel? Hoe sal die kind se ideale verhouding met sy liggaam lyk en voel? 	<p>Aanvaarding van die self.</p>
<p>15. Eetgewoontes en eetpatroon</p> <ul style="list-style-type: none"> Doen 'n kort kosinventaris van eendag se maaltye om te bepaal of die oorsaak van die kind se gewigsprobleem emosioneel- en/of uitsluitlik dieetverwant is. 	<p>Skep 'n praktiese motivering om die kliënt te help om die nut van verwysing na 'n dieetkundige/sielkundige of ander professie in te sien.</p>

A.21

Addendum 21

A.21.1

Vraelys - Children's eating behaviour questionnaire (CEBQ)

ID:

Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)

Please read the following statements and tick the boxes most appropriate to your child's eating behaviour.

	Never	Rarely	Some-times	Often	Always
My child loves food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more when worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child has a big appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child finishes his/her meal quickly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child is interested in food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child is always asking for a drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child refuses new foods at first	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats slowly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats less when angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child enjoys tasting new foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats less when s/he is tired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child is always asking for food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more when annoyed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If allowed to, my child would eat too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more when anxious	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child enjoys a wide variety of foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child leaves food on his/her plate at the end of a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child takes more than 30 minutes to finish a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Never	Rarely	Some- times	Often	Always
Given the choice, my child would eat most of the time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child looks forward to mealtimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child gets full before his/her meal is finished	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child enjoys eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more when she is happy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child is difficult to please with meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats less when upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child gets full up easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more when s/he has nothing else to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Even if my child is full up s/he finds room to eat his/her favourite food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If given the chance, my child would drink continuously throughout the day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child cannot eat a meal if s/he has had a snack just before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If given the chance, my child would always be having a drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child is interested in tasting food s/he hasn't tasted before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child decides that s/he doesn't like a food, even without tasting it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If given the chance, my child would always have food in his/her mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child eats more and more slowly during the course of a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ID: **Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)**

Please read the following statements and tick the boxes most appropriate to your child's eating behaviour.

	Never	Rarely	Some -times	Often	Always	
My child loves food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
My child eats more when worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EOE
My child has a big appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR*
My child finishes his/her meal quickly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE*
My child is interested in food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
My child is always asking for a drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
My child refuses new foods at first	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
My child eats slowly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE
My child eats less when angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUE
My child enjoys tasting new foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF*
My child eats less when s/he is tired	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUE
My child is always asking for food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
My child eats more when annoyed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EOE
If allowed to, my child would eat too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
My child eats more when anxious	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EOE
My child enjoys a wide variety of foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF*
My child leaves food on his/her plate at the end of a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
My child takes more than 30 minutes to finish a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE

	Never	Rarely	Some -times	Often	Always	
Given the choice, my child would eat most of the time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
My child looks forward to mealtimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
My child gets full before his/her meal is finished	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
My child enjoys eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EF
My child eats more when she is happy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUE
My child is difficult to please with meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
My child eats less when upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUE
My child gets full up easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
My child eats more when s/he has nothing else to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EOE
Even if my child is full up s/he finds room to eat his/her favourite food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
If given the chance, my child would drink continuously throughout the day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
My child cannot eat a meal if s/he has had a snack just before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR
If given the chance, my child would always be having a drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD
My child is interested in tasting food s/he hasn't tasted before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF*
My child decides that s/he doesn't like a food, even without tasting it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FF
If given the chance, my child would always have food in his/her mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FR
My child eats more and more slowly during the course of a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE

SCORING OF THE CEBQ

(Never=1, Rarely=2, Sometimes=3, Often=4, Always=5)

Food responsiveness	=	item mean FR
Emotional over-eating	=	item mean EOE
Enjoyment of food	=	item mean EF
Desire to drink	=	item mean DD
Satiety responsiveness	=	item mean SR
Slowness in eating	=	item mean SE
Emotional under-eating	=	item mean EUE
Food fussiness	=	item mean FF

*Reversed items

Wardle, J, Guthrie CA, Sanderson, S and Rapoport, L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42, 2001, 963-970.

NB: There is an error in the text of this paper concerning the scoring of the CEBQ which is given as 0 - 4. In fact responses were scored 1- 5 and the means and standard deviations given in the tables reflect this.

A.22 Addendum 22

A.22.1 Vraelys - Parental feeding style questionnaire (PFQ)

Parental Feeding Style Questionnaire

Please read the following statements and tick the appropriate boxes to show how you deal with feeding your child. It is important to remember that there are no right or wrong answers to these questions, we are interested in what parents really feel and do.

ID

	Never	Rarely	Some-times	Often	Always
I allow my child to choose which foods to have for meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is feeling upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to look forward to the meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I praise my child if s/he eats what I give him/her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I decide how many snacks my child should have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to eat a wide variety of foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In order to get my child to behave him/herself I promise him/her something to eat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I present food in an attractive way to my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If my child misbehaves I withhold his/her favourite food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to taste each of the foods I serve at mealtimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I allow my child to wander around during a meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to try foods that s/he hasn't tasted before	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he has been hurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I let my child decide when s/he would like to have her meal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat if s/he is feeling bored	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I allow my child to decide when s/he has had enough snacks to eat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I decide when it is time for my child to have a snack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I use puddings as a bribe to get my child to eat his/her main course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I encourage my child to enjoy his/her food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PTO

	Never	Rarely	Some- times	Often	Always
I decide the times when my child eats his/her meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I reward my child with something to eat when s/he is well behaved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I let my child eat between meals whenever s/he wants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I insist my child eats meals at the table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is feeling angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I decide what my child eats between meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I praise my child if s/he eats a new food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.22.2

Antwoordblad - Parental feeding style questionnaire (PFQ)

Parental Feeding Style Questionnaire

Please read the following statements and tick the appropriate boxes to show how you deal with feeding your child. It is important to remember that there are no right or wrong answers to these questions, we are interested in what parents really feel and do.

I allow my child to choose which foods to have for meals	C*
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is feeling upset	EM
I encourage my child to look forward to the meal	EN
I praise my child if s/he eats what I give him/her	EN
I decide how many snacks my child should have	C
I encourage my child to eat a wide variety of foods	EN
In order to get my child to behave him/herself I promise him/her something to eat	I
I present food in an attractive way to my child	EN
If my child misbehaves I withhold his/her favourite food	I
I encourage my child to taste each of the foods I serve at mealtimes	EN
I allow my child to wander around during a meal	C*
I encourage my child to try foods that s/he hasn't tasted before	EN
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he has been hurt	EM
I let my child decide when s/he would like to have her meal	C*
I give my child something to eat if s/he is feeling bored	EM
I allow my child to decide when s/he has had enough snacks to eat	C*
I decide when it is time for my child to have a snack	C
I use puddings as a bribe to get my child to eat his/her main course	I
I encourage my child to enjoy his/her food	EN

PTO

I decide the times when my child eats his/her meals	C
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is worried	EM
I reward my child with something to eat when s/he is well behaved	I
I let my child eat between meals whenever s/he wants	C*
I insist my child eats meals at the table	C
I give my child something to eat to make him/her feel better when s/he is feeling angry	EM
I decide what my child eats between meals	C
I praise my child if s/he eats a new food	EN

Scoring (1- 5)

Instrumental feeding = Mean I

Control = Mean C

Emotional feeding = Mean EM

Encouragement = Mean EN

* = reversed item

A.23

Probleemoplossende vaardighede

STAPPE VIR PROBLEEMOPLOSSING	BESKRYWING
Stap 1: Identifiseer/omskryf die probleem	<p>Bepaal die 'werklike' probleem. Definieer die probleem in hanteerbare, praktiese terme of breek die probleem in kleiner dele op, byvoorbeeld:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is die probleem? <i>My suster het die TV se kanaal verander terwyl ek gekyk het.</i> 2. Wat het jy gedoen? <i>Ek het haar geslaan.</i> 3. Wat het die ander persoon gedoen? <i>Sy het vir Ma vertel en ek moes na my kamer gegaan het.</i>
Stap 2: Dinkskrum vir oplossings	<p>Genereer en skryf alle moontlike oplossings neer, ongeag die werklike haalbaarheid van die voorstel. Moedig spontaniteit en skeppendheid aan en vermy kritiese opmerkings. <i>Wat kon ek doen?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ek kon haar ook geskop het. 2. Ek kon vir haar gesê het die program is amper verby. 3. Ek kon my program op 'n ander televisie gekyk het.
Stap 3: Evaluering van die alternatiewe	<p>Evalueer elke moontlike oplossing se voor- en nadele en die gevolge. Gevolge van optrede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groter moeilikheid vir myself. 2. Sy sou nie omgee het nie, maar dan was ek nie in die moeilikheid nie. 3. Sy sou dan elke keer van my verwag om op die ander TV te gaan kyk, maar dan kom ek ook nie in die moeilikheid nie.
Stap 4: Bepaal die strategie	<p>Kies een of meer strategieë wat kan help om die probleem op te los. Probeer elke strategie toepas, totdat die geskikte strategie gevind is. <i>Hoe gaan ek dit doen?</i></p> <p>Ek gaan vir haar volgende keer sê my program is binne 15 minute klaar en dan kan sy kyk wat sy wil.</p>
Stap 5: Evaluering van die verkose strategie.	<p>Evalueer die strategie wat geïmplementeer is.</p> <p>Ek is nie in die moeilikheid nie, maar as my sussie lelik optree, oortree sy.</p>

(Corcoran, 2011:135-139; Sukhodolsky & Scahill, 2012:47-63)

A.24 Riglyne vir ouers in terme van eetgewoontes

Die volgende riglyne vanuit die literatuur en die kwalitatiewe bevindinge kan in ag geneem word ten opsigte van eetgewoontes en voedselvoorkeur (Berk, 2012:301; Fisher, Rolls & Birch, 2003:1164; Gabriel & Ronald Riba, 2014:49-59):

Riglyne vir gesonde eetgewoontes moet aan ouers verskaf word.

Tipe voedsel

- Voorsien 'n verskeidenheid van voedsame voedsel aan kind – voedsel wat kleurvol en aantreklik lyk. Benaderings wat fokus op kwaliteit eerder as die ratio van makronutriënte blyk meer effektief te wees (Ludwig, 2007a:2326).
- Bevorder inname van vrugte en groente, asook gesonde olies.
- Verminder die aankoop van ongesonde happies, gaskoeldrank en voedsel met ongesonde vette.
- Bied aan die ouers die nodige ondersteuning om die regte keuses tydens aankope en die voorbereiding van voedsel te maak.
- Daar moet op die vervanging van sekere voedsel gefokus word en nie op die weglating van voedsel nie.
- Verhoog die water-inname van die kind.

Eetpatroon

- Gebalanseerde eetpatrone moet bevorder word "*Close to nature and everything in moderation*".
- Bied 'n gesonde ontbyt en voorspelbare maaltye en 'n aantal versnaperinge per dag – die kind se magie is klein en kan nie altyd genoeg inneem tydens 'n enkele maaltyd om aan hul energiebehoefes te voldoen nie.
- Bied klein porsies en laat die kind toe om self in te skep. Indien die kind 'n tweede happie vra moet die ouer dit toelaat. Wanneer daar aanvanklik te veel voedsel vir die kind ingeskep word, is die kind geneig om te veel te eet, net soos volwassenes. Fisher *et al.* (2003:1164) noem dat kinders 25% minder voedsel inneem as hulle toegelaat word om vir hulleself te skep.
- Bied gesonde, nuwe voedsel vroeg in die maaltyd aan en herhaal dit met die volgende maaltye en reageer met geduld as die kind die voedsel verwerp – nuwe voedsel moet aangebied word voordat die kind se aptyt gestil is. Kinders moet ook sien die ouers eet en geniet die nuwe voedsel. As die voedsel meer bekend raak, sal hulle meer gereed wees om dit te aanvaar.

Atmosfeer tydens maaltye

- Betrek die kind by die voorbereiding en aankope van die etes.
- Skep 'n ontspanne atmosfeer tydens maaltyd en bevorder gesamentlike aandetes. 'n Gesellige, ontspanne omgewing help die kind om 'n positiewe houding teenoor voedsel te ontwikkel. Betrek die kind by gesprekke tydens die maaltyd.
- Vir die kleiner kind kan voedsel interessant gemaak word byvoorbeeld deur groenboontjies die bootjies te noem of ertjies, sokkerballe. Die moeder kan saam met die kind 'n gesiggie in die bord maak met verskillende voedselsoorte; dit hou die voedsel op die bord interessant en die kind leer al die verskillende voedselsoorte se smake en teksture.

- Moenie aanhoudend voedsel aanbied en eet aanmoedig nie; hierdie praktyke word met te vinnig eet en ooreet geassosieer.
- Vermy konfrontasies oor voedsel waarvan die kind nie hou nie en tafelmaniere; dit kan daartoe lei dat die kind weier om te eet.
- Eetspoed, plesier en bewustelike eet, asook negatiewe gedagtes rondom voedsel en gewig, moet bespreek en hanteer word.

Voedsel as beloning

- Vermy dit om voedsel as 'n vergoeding/beloning te gebruik en om toegang tot sekere voedsel te verbied. Dreigemente soos "geen nagereg voor jou voedsel nie opgeëet is nie," leer 'n kind dat hy moet eet al is hy nie honger nie en dat nagereg die beste deel van die ete is.
- Om die toegang tot 'n sekere voedsel te verbied, verhoog die kind se waardering vir die voedsel en wend hy meer pogings aan om dit in die hande te kry (Berk, 2012:300). Die ouer stel dus nie net grense nie, maar verbied die voedsel.
- Enige verandering in die kind se eetgewoontes moet beloning insluit, maar dit moet nie noodwendig op gewigsverlies en voedsel gerig wees nie.

Algemene riglyne

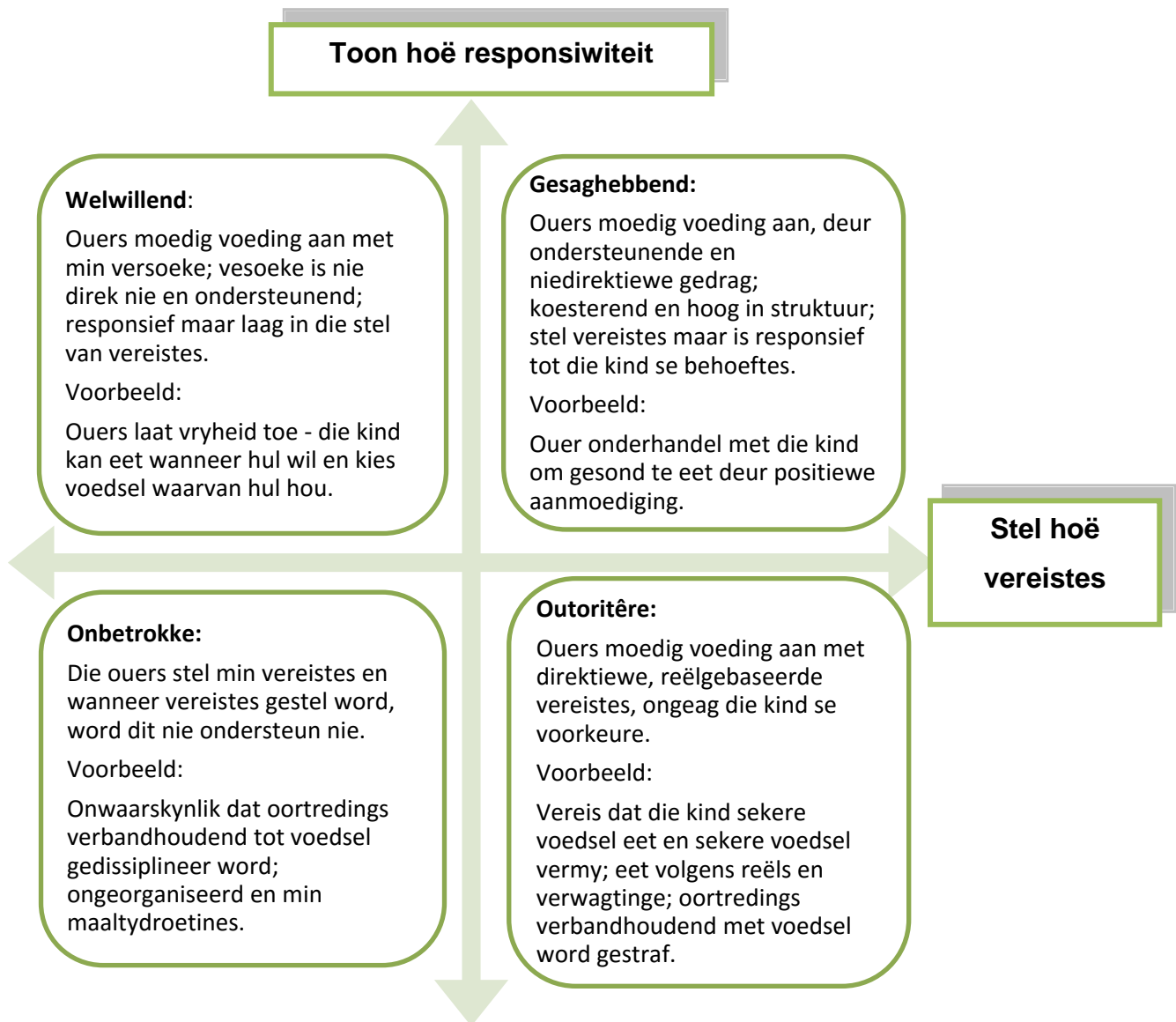
- Leer die kind om na die behoefte van die liggaam te luister (wat 'n positiewe lewenslange proses is), dan sal die kind bewus word van voedselkeuses wat terselfdertyd plesier verskaf en voedsaam is (Bacon, 2008:171).
- Veranderinge in die eetpatroon en tipe voedsel moet van so 'n aard wees dat die kind nie uitstaan teen die res van sy portuurgroep nie.
- Die kind moet lief word vir gesonde voedsel en mag nooit uitgehonger voel nie. Kinders is gewoon dat behoeftes onmiddellik bevredig moet word, en so ook hul begeerte aan lekkernye. Leer die kind die verskil tussen behoefte, begeerte en geduld.

A.25 Gedragsprofiel van die populêre, verstote en verwaarloosde kind

Schaffer (1996:320) gee in die volgende tabel die gedragsprofiel van 'n populêre, 'n verstote en 'n verwaarloosde kind onderskeidelik weer. Dit is nodig om die kind se gedragsprofiel te verstaan aangesien dit die maatskaplike werker kan ondersteun om die kind se gedrag te identifiseer en beter te verstaan en om sodoende hulp aan die gesin te verskaf.

Populêre kinders	<ul style="list-style-type: none"> • Positiewe en gelukkige ingesteldheid. • Hul kom fisiek aantreklik voor. • Toon baie individuele interaksie met mense en het die vermoë om interaksie te handhaaf. • Hoë vlakke van samewerkende gedrag tydens spel. • Gewilligheid om te deel. • Word beskou as goeie leiers. • Min aggressie.
Verstote/verwerpte kinders	<ul style="list-style-type: none"> • Toon baie negatiewe gedrag. • Baie argumenterend en antisosiaal. • Uiters aktief. • Praterig. • Toon verskeie benaderings tot sosialisering. • Toon min samewerkende gedrag en is onwillig om te deel. • Alleen-aktiwiteite kom dikwels voor. • Onvanpaste gedrag.
Verwaarloosde kind	<ul style="list-style-type: none"> • Skaam. • Selde aggressief, onttrek as ander aggressie toon. • Min antisosiale gedrag. • Nie selfgeldende gedrag. • Baie alleen-aktiwiteite kom voor. • Vermyn individuele interaksie, meer tyd word aan groter groepe gespandeer.

Dit is vir die navorser duidelik dat die stil, skaam kind wat min antisosiale gedrag toon, nie noodwendig net 'n introvert persoonlikheid het nie, maar dat die kind die tipe gedrag kan toon as gevolg van verwaarloosing. Die navorser lei dus verder af dat 'n stil, skaam kind wat met oorgewig of vetsug leef, nie noodwendig sy gewig en omstandighede aanvaar nie, maar dat die kind juis hierdie gedrag toon om homself te beskerm, teenoor die verstote kind wat baie uitreagerende gedrag kan toon.



(Shloim *et al.*, 2015:3)

A.27 Instruksies en CD vir die EH-hulpmiddel

Die EH-hulpmiddel word deur enige van die betrokke holistiese spanlede aangewend as 'n eenvormige instrument om die doelwitte en hulpverleningsprogram vir die betrokke kind te bepaal.

1. Maak die EH-hulpmiddel op die rekenaar oop.
2. Eerste afdeling van die EH-hulpmiddel:
Lees die algemene inligting van die kind in die program in.

Druk op **Volgende**.

3. Tweede afdeling van die EH-hulpmiddel:
 - Dui die voorkoms van eetversteurings en versteurde eetgewoontes aan.
 - Merk **Ja** as daar enige eetversteurings of versteurde eetgewoontes by die kind of in die gesin voorkom.
 - Voeg 'n waarde in indien die voorkoms van die aspek in die onderhoud met die ouer of kind na vore gekom het (Die waarde word vooraf deur die holistiese span bepaal deur die belangrikheid van die aspek volgens die span se professionele beoordeling)
 - Die mate van betrokkenheid van die verskeie holistiese spanlede word ook met 'n waarde aangedui, volgens die betrokke professionele persoon van die span se beoordeling.
 - Maak die nodige aantekeninge in die aantekeningeblok.

Druk op **Volgende**.

4. Afdeling drie tot dertien van die EH-hulpmiddel:
Gaan voort met die inlees van die data afkomstig van die kind of ouer en maak die nodige opmerkings tot by **Vertoon opsomming**.

Druk **Vertoon opsomming**.

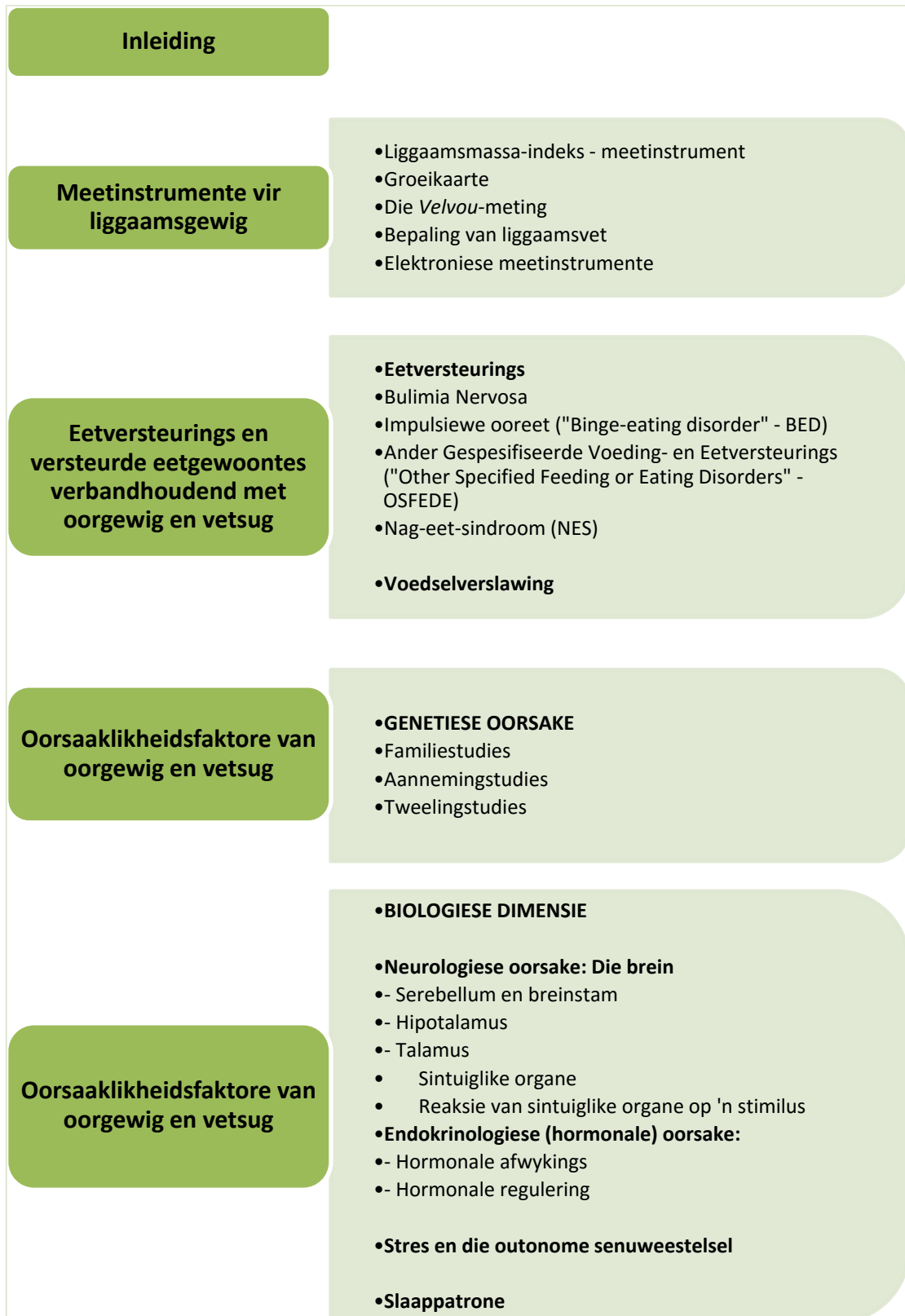
5. Opsomming:
 - Die opsomming bied in die eerste afdeling die kliënt se besonderhede.

- Die tweede afdeling dui die mate van betrokkenheid van die verskillende spanlede aan.
- Die doelwitte en hulpverleningsplan kan vanuit die opsommings vir die spesifieke kliënt saamgestel word.
- Die derde en vierde afdeling bied die beeld van die kliënt aan. Die negatiewe voorkoms van die spesifieke aspekte word in 'n waarde weergegee en die betrokke opmerkings van die spesifieke aspek word weergegee.

Die holistiese spanlede kan hierdie inligting met mekaar vergelyk, gesamentlike doelwitte bepaal en 'n hulpverleningsplan vir die kind en ouer opstel.

Addendum B Skematiese Voorstellings

B.1 Hoofstuk 2



Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig en vetsug

•PSIGOSOSIALE en OMGEWINGSDETERMINANT

•Fisieke oefening en immobiliteit

- Die rol van die ouers/kind ten opsigte van fisieke aktiwiteite
- - Die rol van die skool ten opsigte van die kind se fisieke aktiwiteite

•Sosiale, kulturele en samelewingsfaktore

•Eetgewoontes

- Die rol van die ouers ten opsigte van die kind se eetgewoontes
- Die rol van die skool ten opsigte van die kind se eetgewoontes
- Toegang tot voedsel

•Familiëraamwerk

- - Die rol van die ouers in die gesinsverband
- Voorsiener
- Afdwinger
- Rolmodel
- Advokaat
- Beskermer
- - Gesinskenario's wat die gewigsprobleem versterk
- Die gelukkige swaargewigte-gesin
- Die eensame gesondheidsbewuste
- Die swartskaap
- Die eksieperfeksie persoon
- Die 3M-gesin
- - Rol van die broers en/of susters

Oorsaaklikheidsfaktore van oorgewig en vetsug

•GEDRAGSDETERMINANT

•Depressie

•Sosialisering

•Stigmatisering, etiketering, diskriminasie en viktimisering

- Viktimisering binne die skoolomgewing

•Akademiese prestasie

Samevatting

Inleiding	
Bronfenbrenner se ekosistemiese teorie	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrosisteem • Mesosisteem • Eksosisteem • Makrosisteem • Chronosisteem
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • FISIEKE ONTWIKKELING • Vroeë kinderontwikkeling • Middelkinderjare
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • KOGNITIEWE ONTWIKKELING • Kognitiewe ontwikkelingsfase • Sensories-motoriese fase • Pre-operasionele fase • Konkreet-operasionele fase • Formeel-operasionele fase
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • PERSEPTUELE ONTWIKKELING • Ligaamsbewustheid, liggaamsbegrip en liggaamsbeeld
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • MOTORIESE ONTWIKKELING
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • EMOSIONELE ONTWIKKELING • - Maslow se hiërargie van behoeftes • - Pringle se behoefteteorie • Erik Erikson se psigososiale ontwikkelingsteorie
Ontwikkeling van die kind	<ul style="list-style-type: none"> • ONTWIKKELING VAN DIE SELF • Kind se self - selfpersepsie, selfkonsep, selfbeeld en die beleving van die self

Temperament	
Gehegtheid/binding	<ul style="list-style-type: none">• Hoofpatrone van gehegtheid/binding• Gehegtheid/binding en die invloed op oorgewig en vetsug
Ouerskapstyl	
Trauma	<ul style="list-style-type: none">• Mishandeling• Egskeiding
Die rol van die maatskaplike werker	
Samevatting	

B.3

Hoofstuk 5

INLEIDING	
AGTERGROND	
SISTEEM 1 - KIND	
Aanvangsfase	<ul style="list-style-type: none">•Stap 1: Bewusmaking•Stap 2: Skep van 'n terapeutiese omgewing
Assesseringsfase	<ul style="list-style-type: none">•Assesering van die kind - fisies, emosioneel en psigososiaal•Onderhoud met die ouer
Doelwitbepaling	<ul style="list-style-type: none">•Aanwending van die elektroniese hulpmiddel
Intervensiefase	<ul style="list-style-type: none">•Determinante/subtemas vir die intervensie van oorgewig en vetsug<ul style="list-style-type: none">•- Fisies•- Emosioneel
Evaluasie en afsluiting	
Sisteem 2 - Ouer en gesin	<ul style="list-style-type: none">•Psigososiaal - Determinate/subtemas vir die intervensie van oorgewig en vetsug
Sisteem 3 - Vriende en skoolomgewing	<ul style="list-style-type: none">•Psigososiaal - Determinate/subtemas vir die intervensie van oorgewig en vetsug
Sisteem 4 - Omgewing	<ul style="list-style-type: none">•Psigososiaal - Determinante/subtemas vir intervensie van oorgewig en vetsug
Samevatting	

