

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z/2008.075

**Hoe bereik je ouders met een lage sociaal-
economische status? Een kennissynthese**

Datum	15 juli 2008
Auteur(s)	Weber, S.L. Crone, M.R.
Opdrachtgever	STIVORO
Projectnummer	031.12815/01.01
Aantal pagina's	96 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	5

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	5
1.1	Interventiestrategieën.....	5
1.2	Settings, intermediairs en materialen.....	7
1.3	Effectiviteit.....	7
1.4	Aanbevelingen.....	8
2	Inleiding.....	11
2.1	Aanleiding.....	11
2.2	Doelstelling.....	11
3	Methode.....	13
3.1	Selectieprocedure.....	13
4	Beschrijving van het aanbod gericht op ouders met een lage SES.....	15
4.1	Beschrijving van preventieprogramma's gericht op gezondheid en welzijn.....	15
4.2	Beschrijving van preventieprogramma's gericht op meeroken van het kind.....	20
4.3	Algemene informatie uit de overzichtsstudies.....	21
5	Beschrijving van interventies.....	25
5.1	Save As Houses Project.....	25
5.2	Ambiente Fresco II.: para nuestros hijos.....	25
5.3	Boekenpret.....	26
	Literatuurlijst.....	29
D	Safe As Houses Project.....	71
E	Ambiente Fresco II.....	79
	Bijlage(n)	
	A Preventieprogramma's	
	B Overzichts- en verkennende studies	
	C Niet geïncludeerde of niet verkregen preventieprogramma's	
	D Safe As Houses Project	
	E Ambiente Fresco II	

1 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In 1997 is STIVORO voor een Rookvrije Toekomst gestart met de campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is!'. Het doel van de campagne was het voorkomen dat kinderen van 0-4 jaar worden blootgesteld aan tabaksrook. In de periode van 1996 tot 1999 (de periode waarin het programma ingevoerd werd) bleek de prevalentie van de blootstelling aan tabaksrook bij kinderen van 0 tot 10 maanden gedaald te zijn van 41% naar 18%. De prevalentie van het meeroken werd wel weer hoger bij de kinderen van 4 maanden en ouder (Crone, 2003). Er zijn meer rokers onder laagopgeleiden. Terwijl 31% van de lager opgeleiden rookt, rookt 22% van de hoger opgeleiden (Stivoro, 2006). Ook het (laten) roken in het bijzijn van kinderen komt vaker voor bij rokende ouders en bij ouders met een lagere sociale economische status (SES) (Crone, 2003).

Vandaar dat het huidige onderzoek als doel heeft het in kaart brengen van de mogelijkheden om ouders met een lage SES te bereiken als het gaat om meeroken van het kind. Dit is nagegaan met de volgende vraagstellingen:

- Zijn er in de literatuur preventieprogramma's bekend die gericht zijn op ouders met een lage SES?
- Zijn er in de literatuur preventieprogramma's gericht op diverse gedragingen, zowel op gezondheidsgebied als op welzijnsgebied?
- Zijn er in de literatuur preventieprogramma's gericht op roken en vooral meeroken door kinderen?
- Wat zijn de interventiestrategieën, settings, intermediairs en materialen die gebruikt worden in deze verschillende preventieprogramma's gericht op lage SES?
- In hoeverre is er iets bekende over de effectiviteit van deze preventieprogramma's gericht op lage SES?

Aan de hand van een literatuuronderzoek is antwoord gezocht op deze vraagstellingen. Hieronder wordt samengevat wat de belangrijkste bevindingen hiervan zijn. De gevonden interventiestrategieën, settings, intermediairs en materialen van de geselecteerde preventieprogramma's gericht op lage SES gezinnen worden gepresenteerd.

1.1 Interventiestrategieën

De studies die zijn bekeken in deze kennissynthese laten verschillende combinaties van strategieën zien die in meer of mindere mate effectief zijn in het veranderen van het gezondheidsgedrag van ouders met lage SES. De meest voorkomende strategieën worden hieronder apart besproken, maar zijn in de interventies in combinatie met elkaar gebruikt.

In veel gevallen wordt er gebruik gemaakt van individuele counseling waarbij de ouders begeleid worden bij het bekijken van de huidige thuissituatie en de mogelijkheden voor verandering. Tijdens de counseling worden de risico's van het gedrag besproken en worden mogelijkheden om deze te voorkomen voorgelegd. Over het algemeen worden de counselingssessies zoveel mogelijk op maat gemaakt. Specifieke stadia van ouders op het gebied van eigen doelen en motieven worden bekeken en het doel van de interventie wordt soms op dit stadium aangepast (dit

wordt ook wel motivationele counseling genoemd). Ook wordt er tijdens de counseling zoveel mogelijk rekening gehouden met cultuuraspecten. In één studie werd er een op maat gemaakt veiligheidsrapport gegenereerd met behulp van vragenlijsten. Er werd een plan opgesteld waarin besproken werd hoe de situatie nu was en wat de ouders van plan zijn te gaan doen om de veiligheid in huis te verbeteren. Een kopie van dit plan werd aan de ouders gegeven samen met een checklist waarmee kon worden nagegaan hoe veilig het huis was.

De counseling wordt in de meeste gevallen thuis gegeven, zowel met face-to-face gesprekken als met telefonische gesprekken. In een aantal gevallen is er sprake van groeps counseling sessies, waarin discussies gehouden worden, informatie overdracht plaatsvindt zowel mondeling als met videofragmenten en leeractiviteiten gehouden worden.

Incentives ofwel beloningen worden in veel studies gebruikt. In sommige interventies zijn de incentives specifiek gericht op het gedrag in kwestie (tandenborstels, kinderstoeltje etc.) en zijn in die zin vooral gericht op het vergroten van de motivatie om het gedrag te veranderen. Andere incentives zijn vooral gericht op het vergroten van de motivatie om deel te nemen aan het programma. Deze incentives kunnen specifiek gerelateerd zijn aan het gezondheidsgedrag, maar dat hoeft niet: zoals financiële incentives, kaartjes voor een voetbalwedstrijd, kapper. Incentives worden in alle gevallen in combinatie met andere strategieën gebruikt.

In verschillende studies naar roken en meerroken wordt aan de ouders feedback gegeven over het nicotinegehalte in het haar van het kind of in het huis, het cotininegehalte in de urine van het kind en het koolstofmonoxide gehalte in het huis. De metingen worden gedaan in het eerste bezoek waar vaak ook een motivatiegesprek of counseling plaatsvindt. De resultaten van de metingen worden teruggekoppeld aan de ouders en maken deel uit van de interventie. De kinderen in deze studies zijn 2-11 jaar oud. In alle studies wordt er in meer en mindere mate effect gevonden op de mate waarin ouders roken in het bijzijn van het kind (metingen van het cotinine, nicotine of koolstofmonoxide gehalten van het kind of in de lucht tonen dit aan).

Bij het geven van deze feedback moet er wel rekening gehouden worden met de manier waarop deze gebracht wordt, aangezien onderzoek ook laat zien dat waarschuwingen en moraliserende en beangstigende opmerkingen eerder een negatief effect kunnen hebben.

In meerdere studies is er herhaaldelijk contact met de ouder tijdens de interventie. Aanmoediging en sociale steun tijdens de interventie (na dat een eerste gesprek geweest is) gebeurt meestal via telefonische gesprekken. Ouders worden herinnerd aan hun doelen en afspraken en krijgen de mogelijkheid vragen te stellen. Het monitoren van ouders blijkt in vele gevallen een positief effect te hebben op het gedrag van de ouder. Het monitoren van ouders kan een zeer arbeidsintensieve taak zijn, maar media zoals telefoon, sms en internet zijn mogelijkterwijs een effectieve en minder intensieve manier.

Zoals al vermeld, wordt er in meerdere studies gebruik gemaakt van herhaaldelijke contact momenten die tevens dienen voor sociale steun naar de ouders toe. In één studie naar borstvoeding wordt voor deze sociale steun de partner actief betrokken bij de counseling en het vervolg van de interventie door middel van een twee uur

durende counseling en het geven van incentives (in dit geval kregen de partners van de vrouwen kaartjes voor een voetbalwedstrijd). Resultaten laten zien dat de moeder zich meer gesteund voelt door de partner en de partner voelt zich meer betrokken bij het proces.

1.2 Settings, intermediairs en materialen

In het geval van individuele counseling, vindt de interventie meestal plaats in het huis van de betreffende familie. Er vindt of een face-to-face gesprek plaats in het huis of er vindt een telefonisch gesprek plaats. Verschillende locaties voor groeps counseling sessies worden gerapporteerd: een zorgcentrum (Martignon et al., 2006), gemeenschapsfaciliteit (Horodyski & Stommel, 2005), locatie volwassenenonderwijs (Albright et al., 2005), locatie van taalcursus (Fitzgibbon et al., 1996) en consultatiebureau (Sciacca et al., 1995). Dit zijn over het algemeen wel locaties die vaak door ouders met een lage SES bezocht worden.

In de meeste gevallen wordt de interventie uitgevoerd door gezondheidsmedewerkers (10 studies) en verpleegsters/artsen (9 studies). In één onderzoek wordt gebruik gemaakt van ervaren moeders. De overige studies worden uitgevoerd door onderzoekers, onderzoeksassistenten en getrainde interviewers. Het is hier niet geheel duidelijk wie de onderzoekers precies zijn.

Dat vooral gebruik gemaakt wordt van gezondheidszorgmedewerkers heeft er mee te maken dat ouders – dus ook lage SES ouders - voor hun kind regelmatig de gezondheidszorg bezoeken. Daarnaast is uit onderzoek bekend dat de arts-patiënt relatie een belangrijke rol speelt bij de mate waarin iemand een boodschap over in dit betreffende onderzoek de risico's van overgewicht overtuigend vindt (ten Broeken, 2006). Dit maakt deze intermediairs belangrijk bij het bereiken van deze doelgroep. Onderzoek laat wel zien dat het effectief kan zijn wanneer intermediairs (zoals verpleegsters/artsen) zelf getraind worden. Zo kan een speciale training over roken tijdens de opleiding van kinderartsen of een training in het geven van feedback zinvol zijn.

De materialen die gebruikt of genoemd worden lopen uitéén van brieven, checklists, folders, video tot computers. Over interventies die gebruik maken van nieuwe media zoals sms en mms wordt nog weinig gepubliceerd. We zijn in de literatuur tot nu toe één onderzoek tegengekomen waarbij de mobiele telefoon gebruikt werd bij het bevorderen van de geletterdheid van kinderen. Deze interventie lijkt veelbelovend, maar dit waren echter pas de eerste resultaten. Verkennend onderzoek laat ook zien dat personen met een lage SES geïnteresseerd zijn in online interventies.

1.3 Effectiviteit

Bijna alle studies die zijn besproken in deze kennissynthese zijn in meer of mindere mate effectief in het veranderen van gedrag en/of attitude en het vergroten van kennis. Slechts een enkele studie laat zien dat bepaalde methoden niet werken, zoals het vergemakkelijken van tekst op informatiefolders om kennis van ouders te vergroten. Het is raadzaam in acht te houden dat ook uit niet-effectieve studies

nuttige informatie te halen valt. Helaas is er hier sprake van een publicatiebias, omdat niet-effectieve studies vaak niet gepubliceerd worden.

1.4 Aanbevelingen

Het stroomschema “Roken? Niet waar de kleine bij is” bestaat op dit moment uit drie fases: nagaan rookprofiel, bespreken van gezondheidsrisico's en bespreken van huisregels. Voor een belangrijk deel wordt hierbij al gekeken naar de motivatie en doelen van de ouders, wordt gebruik gemaakt van Motivational Interviewing en worden de ouders ook herhaaldelijk op het meerroken gewezen. De voorlichting wordt bovendien door een arts of verpleegkundige gegeven, ook tijdens het huisbezoek aan ouders net na de bevalling. Tevens geeft de kraamverzorgende net na de bevalling aandacht aan het onderwerp. Verder richt het zich vooral op de gevaren van roken voor het kind en niet op de gevaren van het roken voor de ouders. Ook is er voor de JGZ medewerkers de mogelijkheid om een training te volgen. Dit zijn alle belangrijke aspecten voor een interventie die effect wil hebben bij de groep van lage SES ouders.

Mogelijke aanvullingen aan het huidige programma zijn een combinatie van activiteiten:

1. Actieplan met kopie aan ouders: het opstellen van een actieplan samen met de ouders en hiervan een kopie meegeven
2. Cotininemeting: het geven van feedback over het meerroken door het kind (cotinine/nicotine etc...). Cotininemetingen zouden vooral een belangrijke aanvulling kunnen zijn bij de oudere kinderen, want dan beginnen ouders de overtuiging te missen dat het ongezond is om in het bijzijn van hun kind te roken. Hierbij is het goed om zich te beperken tot die gezinnen waarin meeroken daadwerkelijk een probleem is.
3. Incentives: incentives of beloningen kunnen belangrijke motivaties zijn om gedrag te veranderen, vooral als het incentives zijn die met het gezondheidsgedrag te maken hebben.
4. Betrekken van vaders: voor de sociale steun kan het belangrijk zijn om vaders te betrekken in de counseling. Dit laatste is echter niet eenvoudig. Het enige, tot nu toe, gevonden onderzoek dat expliciet geprobeerd heeft om de vaders met een lage SES bij een voorlichting te betrekken, heeft vrij kostbare beloningen ingezet om vaders te motiveren om met hun partner naar een counseling te komen.
5. Meer aandacht voor vervolcontacten: vervolcontacten waarin de uitvoering van het actieplan en mogelijke belemmeringen tijdens de uitvoering besproken worden zijn belangrijk, ook voor de sociale steun aan ouders. Veel van de interventies die in dit literatuuronderzoek gevonden zijn, besteden 10 à 30 minuten (en ook langer) aan de counseling van en de follow-up contacten met de ouders. Nieuwe mediatechnieken zoals SMS-berichten kunnen een aanvullende rol hebben in deze vervolcontacten.
6. Huisbezoek: het huisbezoek wordt regelmatig als manier genoemd om ouders/moeders met een lage SES te bereiken. Vooral voor het eerste gesprek wordt een huisbezoek gebruikt. Voor de vervolcontacten wordt vaak de telefoon gebruikt. In de JGZ wordt een huisbezoek twee weken na de bevalling gegeven, hierin wordt ook het meerroken besproken. In die periode wordt tevens door de kraamzorg het meerroken besproken. Na dit eerste huisbezoek heeft de JGZ nog maar beperkte tijd om op het

onderwerp terug te komen. Een jaar na de bevalling is het aantal kinderen dat meerookt dan ook weer gestegen, vooral bij de lage SES ouders. Dit pleit er voor om bij de ouders met een lage SES (en vooral degenen die roken) omstreeks één jaar het meeroken nogmaals uitgebreid te bespreken (liefst tijdens een huisbezoek). Moeders Informeren Moeders (MIM) kunnen hier mogelijk een rol in spelen. In de regio's waar zij werkzaam zijn, zien zij regelmatig moeders in achterstandswijken. Onderzoek laat bovendien zien dat hun informatie effect heeft op gezondheidsgedragingen zoals het geven van borstvoeding. Verder onderzoek naar de effectiviteit van MIM's is echter wel noodzakelijk.

7. Training: een goede training van hulpverleners blijft verder belangrijk. Bij "Roken? Niet waar de kleine bij is" wordt daar al aandacht aan besteed door trainingen voor JGZ-medewerkers te organiseren. Een belangrijke aanvulling hierop zou kunnen zijn de training van artsen en verpleegkundigen in opleiding. In deze training zou ook aandacht besteed kunnen worden aan de rol van artsen en verpleegkundigen bij het stoppen met roken. Ook al is stoppen met roken niet het primaire doel van "Roken? Niet waar de kleine bij is", kan het wel gebeuren dat ouders aangeven dat ze willen stoppen met roken. In die gevallen is het belangrijk dat de hulpverleners weten wat ze kunnen doen om deze ouders te ondersteunen en naar wie ze de ouders kunnen doorverwijzen.

Kortom

"Roken? Niet waar de kleine bij is" zou voor de lage SES ouders (maar ook voor niet lage SES) gemakkelijk aangevuld kunnen worden met een Actieplan: samen met ouders een plan opstellen om meeroken te voorkomen en een kopie van dit plan aan de ouders meegeven naar huis.

Bij ouders met een lage SES is het daarnaast belangrijk om een aantal extra activiteiten uit te voeren: bijvoorbeeld het geven van beloningen/incentives om ouders te motiveren en de partner erbij te betrekken, het inzetten van nieuwe mediatechnieken zoals SMS-berichten om ouders op het gezondheidsprobleem te blijven attenderen.

Bij de ouders die ook nog roken en waar de huisregels verwateren of niet ingesteld worden, zou na 1 jaar nog eens uitgebreid het roken besproken moeten worden: cotinemeting feedback zou een onderdeel van dit consult kunnen zijn.

Groupscounseling lijkt verder vooral zinvol indien de counseling plaats vindt op een locatie waar ouders toch al zijn en/of indien ouders zelf het probleem duidelijk inzien. Als dit niet het geval is en er geen afdoende beloning voor deelname tegenover staat, zal het moeilijk zijn om ouders te motiveren om naar de groupscounseling te komen.

2 Inleiding

2.1 Aanleiding

Uit de literatuur blijkt dat het meerroken door kinderen een risicofactor is voor verschillende gezondheidsproblemen. Kinderen die meeroken hebben onder andere een hoger risico op onderste luchtweginfecties en oorontstekingen. Indien kinderen astma hebben, wordt door het meeroken de frequentie en ernst van astma-aanvallen verhoogd. Blootstelling aan tabaksrook leidt tot een verhoogd risico op wiegendood. Tenslotte hebben kinderen met ouders die roken een hogere kans om zelf in de toekomst te roken, vooral als ouders geen huisregels wat betreft roken hebben ingesteld (Cook, 1999; WHO, 1999; Wakefield, 2000).

In 1997 is STIVORO voor een Rookvrije Toekomst daarom gestart met de campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is!'. Het doel van de campagne was het voorkomen dat kinderen van 0-4 jaar worden blootgesteld aan tabaksrook en het bestaat uit een handleiding voor gezondheidszorgmedewerkers, een folder voor ouders en massamediale voorlichting (o.a. TV-spot). In de periode van 1996 tot 1999 bleek de prevalentie van de blootstelling aan tabaksrook bij kinderen van 0 tot 10 maanden gedaald te zijn van 41% naar 18%. De prevalentie van het meeroken werd wel weer hoger bij de kinderen van 4 maanden en ouder (Crone, 2003).

Er zijn meer rokers onder laagopgeleiden. Terwijl 31% van de lager opgeleiden rookt, rookt 22% van de hoger opgeleiden (Stivoro, 2006). Ook het (laten) roken in het bijzijn van kinderen komt vaker voor bij rokende ouders en bij ouders met een lagere sociale economische status (SES) (Crone, 2003).

2.2 Doelstelling

Er zijn in de afgelopen jaren veel interventies ontwikkeld op het terrein van leefstijlfactoren. Deze initiatieven hebben over het algemeen goede resultaten bij de hoge sociaaleconomische groepen, maar blijken bij groepen met een lage sociaaleconomische status niet goed aan te slaan (de Haes e.a., 2001). Het is daarom van belang deze groep met een lage SES te bereiken.

Vandaar dat het huidige onderzoek als doel heeft het in kaart brengen van de mogelijkheden om ouders met een lage SES te bereiken als het gaat om meeroken van het kind. Dit is nagegaan met de volgende vraagstellingen:

- Zijn er in de literatuur preventieprogramma's bekend die gericht zijn op ouders met een lage SES?
- Zijn er preventieprogramma's gericht op diverse gedragingen, zowel op gezondheidsgebied als op welzijnsgebied?
- Zijn er preventieprogramma's gericht op roken en vooral meeroken door kinderen?
- Wat zijn de interventiestrategieën, settings, intermediairs en materialen die gebruikt worden in deze verschillende preventieprogramma's gericht op lage SES?
- In hoeverre is er iets bekend over de effectiviteit van deze preventieprogramma's gericht op lage SES?

3 Methode

Welke methoden zijn effectief gebleken bij het bereiken van lage SES ouders en welke methoden zijn veelbelovend op het gebied van gezondheidszorg en welzijn? In dit onderzoek is via een kennissynthese nagegaan wat er in de literatuur bekend is over strategieën, settings, intermediairs en materialen die (potentieel) geschikt zijn voor het bereiken van ouders met een lage SES als het gaat om het voorkomen van meeroken door hun kinderen.

3.1 Selectieprocedure

Het onderzoek omvat een literatuuronderzoek naar studies over preventieprogramma's op het gebied van gezondheidsgedragingen, en specifiek (mee)roken, bij ouders met een lage SES. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd op basis van zoektermen.

De volgende termen zijn geselecteerd en gebruikt in verschillende combinaties:

- Low SES, low education, low income
- Parents
- Health education, health promotion
- Intervention
- Smoking behavior, passive smoking

Er is gezocht via:

- Cochrane Library
- Pubmed
- ScienceDirect
- PICARTA
- Psychinfo
- Referenties in geselecteerde artikelen

Door middel van deze zoekacties zijn in eerste instantie 163 abstract geselecteerd. De samenvattingen van de gevonden manuscripten zijn zorgvuldig gelezen en aan de hand van een van tevoren vastgestelde selectieprocedure (populatie -alleen westerse landen-, interventie –gericht op lage SES ouders/families-, vergelijking – referentiegroep of veranderingen over tijd-, uitkomstmaat –veranderingen in kennis, attitudes en gedrag) zijn 65 relevante manuscripten geselecteerd. Aangezien het gaat om het bereiken van ouders en gezinnen met een lage SES is dit als randvoorwaarden beschouwd bij het includeren van de artikelen. De interventie moet verder gericht zijn op het gebied van gezondheidszorg en/of welzijn.

Indien een preventieprogramma interessant is in het kader van dit onderzoek en het betreffende manuscript nog onvoldoende duidelijkheid geeft over de inhoud van het programma dan is het programma aangevraagd bij de ontwikkelaars.

4 Beschrijving van het aanbod gericht op ouders met een lage SES

De 65 manuscripten zijn verwerkt in een overzicht waarbij gekeken is naar:

- Soort preventieprogramma
- Doelgroep
- Doelstelling
- Methode en strategie
- Setting en plaats
- Intermediairen
- Effect

Van de 65 manuscripten ging het in 30 gevallen om een effectstudie (bijlage A) en in 25 gevallen om overzichtsstudie of verkennend onderzoek d.m.v. focus groepen (bijlage B). De overige 10 manuscripten zijn niet ontvangen, gingen niet over lage SES ouders of gingen over zieke kinderen. Deze zijn niet opgenomen in de beschrijving.

Uit bestudering van de 65 manuscripten zijn 3 studies geselecteerd die zeer interessant zijn in het kader van dit onderzoek. Deze worden in het volgende hoofdstuk verder besproken.

4.1 Beschrijving van preventieprogramma's gericht op gezondheid en welzijn

In het huidige literatuuronderzoek zijn preventieprogramma's gevonden die betrekking hebben op verschillende gezondheidsgebieden en op welzijn. In totaal zijn er 8 verschillende gebieden bekeken. Hieronder worden de meest effectieve methoden, die gebruikt worden in de verschillende gezondheidspreventie programma's, besproken.

Algemene veiligheid

Bestudering van de studies op het gebied van algemene veiligheid, laat zien dat het genereren van een *op maat gemaakt* veiligheidsrapport, waarin rekening gehouden wordt met de praktische en persoonlijke situaties in het huishouden, effectief is op het gebied van correct gebruik van veiligheidsmaatregelen voor het kind in en om het huis (Gielen et al.,2007). Een studie van Hendrickson (2005) laat zien dat het begeleiden van moeders bij het plaatsten en corrigeren van veiligheidsitems én de verstrekking van deze veiligheidsitems een positief effect heeft op de eigen doeltreffendheid van de moeder (Hendrickson, 2005). Tijdens de huisbezoeken werden de moeders begeleid op een manier die past bij hun cultuur. Moeders die een hogere eigen doeltreffendheid op het gebied van het voorkomen van ongelukken ervaren, zagen vaak minder obstakels bij het in de toekomst voorkomen van deze ongelukken. Deze moeders hadden minder ongelukken in huis.

Een recent onderzoek naar voorlichting over veiligheidsmaatregelen laat zien dat voorlichting over veiligheid deels bijgedragen heeft aan het verminderen van sociale ongelijkheid voor veiligheidsmaatregelen, vooral in het gebruik van traphekjes (Kendrick e.a. 2008). Deze voorlichting bestond uit een gestandaardiseerd veiligheidsconsult door een gezondheidsmedewerker. Tijdens dit

consult vulde de ouders een vragenlijst in over de veiligheidsbehoefte van hun gezin. De gezondheidsmedewerker besprak de antwoorden met de ouders. Hierbij (1) gaf hij/zij positieve feedback door het bekrachtigen van de op dat moment aanwezig veiligheidsmaatregelen, (2) besprak hij/zij veiligheidsmaatregelen die nog niet uitgevoerd waren, (3) barrières bij de invoering van maatregelen en mogelijke oplossing. Ook gaf hij/zij gratis of goedkopere veiligheidsproducten. De ouders en de gezondheidsmedewerkers maakten samen een plan om het huis veiliger te maken en de ouders kregen een kopie van dit plan. Ouders ontvingen ook een checklist waarmee ze konden nagaan of hun huis veiliger was geworden. Traphekjes, rookalarm, kastsloten en raamsloten werden gratis aangeboden en geïnstalleerd bij ouders met een laag inkomen.

In het stimuleren van het gebruik van een telefoonlijn (Poison Control Centre, PCC) die ondersteuning en eerste hulp biedt bij ongelukken met giftige stoffen in huis, blijkt het aanbieden van video-informatie in de moedertaal (dit geval Spaans) en stickers met het telefoonnummer van de centrale, effectief te zijn ten aanzien van het gebruik van de hulplijn (Kelley et al., 2003).

In vergelijking met een poster heeft het tonen van een voorlichtingsvideo een positief effect op het wassen van de handen door ouders voordat ze de intensive care betreden waar hun kind ligt. (Chen & Chiang, 2007).

Kinderstoelgebruik in auto

Meerdere studies naar veilig gebruik van kinderstoelen in de auto, laten zien dat counseling en voorlichting in combinatie met het geven van *incentives* in de vorm van een kinderstoel, die op de juiste wijze in de auto wordt geïnstalleerd door een technicus, een positief effect heeft op de mate van gebruik en het correct gebruik van de stoel (Gittelman, Pomerantz & Laurence, 2006; Martin et al., 2006; Apsles et al., 2003). Een review door Ehiri et al. (2006) naar interventies ter bevordering van het gebruik van een kinderstoel in de auto, laat zien dat interventies die alleen gebruik maken van voorlichting minder effectief zijn in het veranderen van gedrag dan interventies die zowel van voorlichting als beloningen gebruik maken.

Mondgezondheid

Effectieve studies die als doel hebben het bevorderen van de mondgezondheid van kinderen, maken vaak gebruik van voorlichting in combinatie met *incentives* in de vorm van fluoridenflesjes (Gagnon et al., 2007), tandenborstels (Martignon et al., 2006; Wennhall et al., 2005) en fluoridentabletten (Wennhall et al., 2005). Deze voorlichting is vaak gericht op het geven van instructies voor het correct tandenpoetsen van het kind.

Het geven van een workshop waarin verschillende onderwerpen over mondgezondheid worden besproken in combinatie met het uitvoeren van activiteiten, waarin de nieuwe kennis wordt toegepast, heeft een positief effect op tandplak scores van kinderen (Martignon et al., 2006). Een studie van Kowash et al. (2000) laat zien dat herhaaldelijke counseling sessies van 15 minuten (elke 3 maanden in eerste 2 jaar, elk half jaar in 3de jaar), die gericht zijn op eetgewoontes, mondhygiëne instructies en het gebruik van fluoride, effectief zijn in het verminderen van gaatjes bij kinderen.

Vaccinatie

Aangezien informatie over vaccinatie vaak slecht wordt onthouden door ouders met een lage SES, heeft Wilson et al. (2006) onderzocht of het vergemakkelijken van de

tekst op folders een positief effect heeft op de toename van kennis over vaccinatie. Dit was niet het geval; de kennis van de ouder over vaccinatie was voor beide folders hetzelfde. De ouders die de vergemakkelijkte folder gelezen hebben verschilden na het lezen niet van de ouders die de niet-vergemakkelijkte folder hebben gelezen. Dit suggereert dat het in dit geval vooral belangrijk is dat ouders de folder lezen als het gaat om kennis over vaccinatie.

Een studie van Campbell et al. (2004) laat zien dat moeders met een leesniveau lager dan groep 8 een consent formulier wel beter begrijpen wanneer ze deze te zien krijgen met makkelijker taalgebruik.

Borstvoeding

Een consult aan de kinderarts vóór de geboorte van het kind, waarin attitudes van de moeder ten aanzien van het geven van borstvoeding en de voordelen van het geven van borstvoeding worden achterhaald en besproken, heeft een positief effect op de mening van de moeders over het geven van borstvoeding (Serwint et al., 1996). Een studie van Sciacca et al. (1995) laat zien dat het toevoegen van stimulerende factoren die de deelname en toewijding aan het programma vergroten, ook de effectiviteit van het programma vergroten. Het basisprogramma in de studie bestaat uit: 1) 5 sessies van 1 uur waarin vrouwen worden voorbereid op de geboorte, (2) attenderen op een programma voor verhuur van een borstpomp, (3) t-shirts met borstvoedingberichten voor vrouwen die borstvoeding geven, (4) introductie in het Bosom Buddy programma waar WIC (Woman Infants and Children centrum) moeders als rolmodel kunnen dienen en (5) 15 minuten voorlichting over het geven van borstvoeding. De interventie is bedoeld om het basisprogramma te ondersteunen en bestaat uit: (1) vrouw krijgt samen met partner een 2 uur durende les over borstvoeding, waarin angsten van beide worden besproken (vrouwen die meedoen, ontvangen een tas vol met baby spullen en een borstpomp, de partners krijgen 2 kaartjes voor een voetbalwedstrijd), (2) extra stimulans om mee te doen aan de 5 sessies uit het basisprogramma werd gegeven in de vorm van gratis lunch, tegoedbonnen in kledingzaak, gratis knipbeurt e.d., (3) vrouwen kregen automatisch een Buddy toegewezen en werden beloond met luiers wanneer ze een afspraak maakten met deze buddy, (4) vrouwen die na 3 maanden aangaven borstvoeding te geven kregen een tas vol luiers. Het bevorderen van steun van de partner en het geven van incentives blijkt een positief effect te hebben op kennis en attitudes ten aanzien van borstvoeding. Ook het daadwerkelijk geven van borstvoeding en steun van de partner, is hierdoor toegenomen.

Een Nederlands programma getiteld Moeders Informeren Moeders heeft ook een effect op het borstvoedingsgedrag van vrouwen (Hanrahan-Cahuzak, 2002). Moeders die aan dit programma meedoen geven vaker en langer borstvoeding. Moeders Informeren Moeders is een programma voor gezinsondersteuning waarbij opvoedingsondersteuning en gezondheidsvoorlichting door middel van huisbezoeken centraal staan. Het programma vormt een aanvulling op de ouder- en kindzorg. Het komt er op neer dat vrouwen die voor het eerst moeder zijn geworden maandelijks bezoek van een ervaren moeder uit de buurt krijgen (de zogenoemde bezoekmoeder). Tijdens de huisbezoeken is er aandacht voor algemeen verzorgende aspecten, psychologische en pedagogische elementen in de ontwikkeling van het kind en de situatie van de moeder zelf. Moeders Informeren Moeders is een methodiek die aansluit bij de beleavingswereld van moeders. De discussie tussen de moeders wordt gevoed door een beeldverhaal. Dit zijn tekeningen, in de vorm van een strip, van herkenbare situaties over de ontwikkeling, verzorging en opvoeding van kinderen. Er zijn zeven categorieën gespreksonderwerpen:

sociaal-emotionele ontwikkeling, denken, taal, lichamelijke ontwikkeling, voeding, spelen en veiligheid. Deze onderwerpen zijn verwerkt in 48 verschillende beeldverhalen. Uiteindelijk zijn bij dit programma vooral effecten gevonden bij voeding, maar op de andere aspecten zijn geen significante effecten gevonden. Volgens het NJI is de effectiviteit dan ook nog niet voldoende aangetoond.

Voorleesgedrag

Voorlezen aan baby's en peuters blijkt een heel goede manier te zijn om ontlukkende geletterdheid van kinderen te stimuleren. Ouders met een lager opleidingsniveau lezen minder vaak voor dan ouders met een hoger opleidingsniveau. Er zijn daarom verschillende interventies hiervoor opgezet. In Nederland bestaat het Boekenpret leesbevorderingsprogramma. Dit leesbevorderingsprogramma wordt ingezet in gezinnen met weinig leescultuur. Boekenpret bestaat uit een verzameling afzonderlijk uit te voeren deelprojecten voor ouders en hun kinderen (0-6 jaar). Er is gekozen voor een longitudinaal traject, te beginnen thuis, doorlopend in kinderdagverblijf/peuterspeelzaal tot en met de eerste twee jaren van het basisonderwijs. In een onderzoek is gekeken of de JGZ een rol kan spelen bij dit Boekenpret programma. Via de JGZ worden ouders geworven voor Boekenpret (gezinnen met slecht leesklimaat) en het eerste jaar krijgen deze ouders intensieve begeleiding in de vorm van tweewekelijkse huisbezoeken door speciaal hiervoor opgeleide Boekenpretwijkverpleegkundigen. In twee jaren worden de verschillende Boekenpret onderdelen met ouders doorgenomen. De gezinnen die deelgenomen hebben aan het programma hebben na het programma een significant betere kwaliteit van het literaire gezinsklimaat. Ook is na het langere termijn effect gekeken. Het positieve effect op gezinsklimaat bleek nog steeds merkbaar (Bos, 2002).

Een andere interventie gericht op geletterdheid van kinderen was een interventie waarin de mobiele telefoon gebruikt werd als belangrijk educatief instrument. In het onderzoek werd nagegaan of het verspreiden van Sesamstraat educatieve materialen via mobiele telefoons ouders aanmoedigt en overtuigt om hun kinderen te betrekken in activiteiten die de geletterdheid stimuleren. In het onderzoek deden 80 ouders mee waarvan 50% een inkomen had onder de armoedegrens. Ouders die meededen ontvingen een telefoon met video mogelijkheid. Ouders en hun kinderen ontvingen gedurende 8 weken SMS-berichten, audioberichten voor ouders en voor kinderen en videoberichten voor kinderen. SMS-berichten werden gestuurd om 7:00 uur 's ochtends op maandag, woensdag, vrijdag en zaterdag om ouders naar de audio en videoberichten te leiden. Elke week werden in die berichten drie à vier letters uit het alfabet besproken. Materialen werden vaker doordeweeks dan in het weekend bekeken. Pieken van kijken zijn er 's ochtends en tussen 17 en 19 uur. Deelnemers in hoog en laag inkomens initeerden vaker letter herkenningactiviteiten en lage inkomens deden vaker letter geluid activiteiten.

Voor bijna alle kinderen was de mobiele telefoon gemakkelijk te gebruiken. Volgens 75% van de lage inkomens en 50% van de gemiddelde inkomens hielpen de video's over het alfabet bij het leren van letters. Volgens 75% geloofde ook dat op deze wijze de mobiele telefoon een goed educatief instrument kan zijn.

Voeding en bewegen

Voeding educatie gericht op peuters (NEAT) bestaat uit 4 groepslessen van 90 minuten die wekelijks worden aangeboden, waarin discussies worden gevoerd met 4-5 andere deelnemers en videobeelden worden getoond. Daarnaast moeten er 18 individuele (praktijkgerichte) activiteiten worden uitgevoerd. Dit programma laat

positieve effecten zien op de toename van kennis van ouders over het voeden van peuters, maar laat geen effecten zien op het voedingsgedrag van de ouders (Horodynski & Stommel, 2005).

In een studie van Albright et al. (2005) wordt er gekeken naar 2 aanvullende strategieën die naast het IMPACT (Increasing Motivation for Physical Activity) programma worden aangeboden. Alle vrouwen volgden de IMPACT lessen; 8 lessen gedurende 2 maanden, 1 uur per week, waarin vrouwen worden gemotiveerd meer te bewegen. Dit programma is cultuurgevoelig en op maat gemaakt voor de Latino populatie. Daarnaast werden de vrouwen opgedeeld in een van de twee condities: (1) vrouwen ontvingen korte gestructureerde counseling via de telefoon (wekelijks, 4 weken lang) en email (maandelijkse nieuwsbrieven). Daarnaast kregen ze een stappenteller met feedback en een whiteboard om hun scores op bij te houden, of (2) maandelijks kregen de vrouwen nieuwsbrieven met een zelftest gericht op barrières. Ook zij kregen een stappenteller, maar geen feedback. Het volgen van de IMPACT lessen in combinatie met de eerste conditie (counseling en feedback), heeft een positief effect op de toename van lichamelijke beweging van vrouwen 10 maanden later.

Een studie waarin moeder en kind 12 weken lang 11 groepslessen van 1 uur volgen (moeder en kind kregen \$5 per les) is gericht op het vergroten van kennis over voeding en het aanmoedigen van het eten van minder vet en meer granen. Deze lessen zijn cultuur specifiek (gelet op Mexicaans eten). Deze interventie ter bevordering van gezond eten, die gebruik maakt van cultuurgevoelige voedingsadviezen en incentives in de vorm van geld, blijkt een positief effect te hebben op het eetgedrag en kennis over voeding van ouders en kind (Fitzgibbon et al., 1996).

Roken

Counseling, proactieve begeleiding, sociale steun en cultureel op maat gemaakte adviezen, laten positieve resultaten zien op de onthouding van roken van Spaanstalige moeders in de VS (Wetter et al., 2007). Daarnaast laat een studie van Yilmaz et al. (2006) zien dat een programma dat zich richt op de gevaren van roken voor het kind effectiever is dan een programma dat zich richt op de gevaren voor de ouder.

STOP (Stop Tobacco Outreach Program) is een programma gebaseerd op het geven van incentives in de vorm van nicotinevervangers (pleister of kauwgum) en counseling. Dit programma is effectief gebleken in het stoppen met roken of serieuze pogingen hiertoe (Winickhoff et al., 2003).

In een studie naar het effect van een counseling methode 'rookvrije kinderen' is gebleken dat wanneer verpleegsters, die deze counseling geven, getraind worden in het geven van feedback aan ouders, deze counseling methode effectief is in het verlagen van het cotinine level van de ouder (Fossum, Aborelius & Bremberg, 2004).

In een ander onderzoek is gekeken naar de effecten van het trainen van kinderartsen in opleiding. Hierbij kreeg een groep artsen de standaard opleiding over roken en de andere groep artsen kreeg een speciale opleiding over roken. Deze speciale opleiding bestond uit CD-ROM/Web site. De website lijkt op een normaal leerboek met hoofdstukken over interviewen en counseling, meerroken, preventie van het beginnen met roken, preventie van terugval na de zwangerschap, stoppen met roken, andere vormen van tabaksgebruik. De website heeft ook www-links, een pagina met abstracts met recente artikelen. De CD-rom bevat rollenspellen waarin artsen met patiënten en ouders motivationele interviews houden en counseling

geven. De effecten laten zien dat alle artsen die getraind zijn vaker aangeven dat ze roken aan bod laten komen. De artsen met de speciale training lieten echter vaker significante positieve verschillen zien met wat ze eerst deden, dus deden in vergelijking met voor de training meer aan roken en hadden naar hun gevoel ook betere vaardigheden (Hymowitz et al 2006).

4.2 Beschrijving van preventieprogramma's gericht op meeroken van het kind

Er zijn verschillende interventies op het gebied van meeroken door kinderen van lage SES ouders gevonden. In het overzicht zijn ook interventies meegenomen die gericht waren op specifieke minderheidsgroepen, zoals Spaanstalige populaties in de Verenigde Staten. In deze paragraaf worden een aantal interventies verder uitgelicht.

Effectieve programma's

Het meeste recente artikel over een interventie op het gebied van meeroken is het artikel van Woodruff et al. (2007) naar het effect van een interventie om meeroken te voorkomen bij kinderen in huis van Spaanstalige ouders waarvan in ieder geval één ouder in huis rookt. De interventie duurde 13 weken en ouders kregen \$30 voor deelname. Projectmedewerkers van gemeenschapscentra in San Diego hebben ouder-kind koppels geworven. In het huisbezoek werd het haar van het kind onderzocht op nicotine en kregen de ouders counseling en tips over hoe ze het meeroken kunnen verminderen. De uitslag van het haar werd verwerkt in de feedback sheets: (1) een vergelijkende grafiek, waarin het nicotinegehalte werd afgezet tegen dat van andere deelnemende kinderen, kinderen van ouders die niet roken en kinderen die wel worden blootgesteld aan rook, maar waarvan de ouders niet roken, (2) een simpele grafiek, waarin wordt aangegeven hoe ernstig het nicotinegehalte van het kind is met minimaal, significant en ernstig, of (3) een geschreven brief. Deze feedback werd naar de ouders gemaaild op twee verschillende tijden. Tussentijds werden ouders gebeld voor extra steun. Een vrouwelijke promotor gaf ondersteuning. Uit het verslag van de ouders en de uitslag van de haarmonsters was te zien dat de mate waarin het kind meerookte in huis drastisch was verminderd. Alle drie de feedback manieren werden gewaardeerd, al vonden ouders de vergelijkende grafiek het best.

In een onderzoek van Wakefield et al. (2002) werd ook feedback gegeven over het cotininegehalte in de urine van het kind; hierbij ging het om ouders met een lage SES die een kind hebben met luchtwegproblemen. Ouders ontvingen een brief, samengesteld door een studie coördinator, met feedback over het cotininegehalte in de urine van het kind. Ook werd er minimaal feedback gegeven dat op maat gemaakt was naar het, tijdens de intake aangegeven, verbod op roken in huis. Een folder waarin de risico's van meeroken door een kind met astma en mogelijke manieren om niet te roken in huis en auto staat beschreven, werd meegestuurd. De ouders werden gebeld één week en één maand na ontvangst van de brief om de ouders extra te stimuleren en adviseren. Een andere groep ouders kreeg de reguliere informatie van verpleegkundigen en artsen. Na 6 maanden werd een verschil gevonden tussen de groep die wel en geen feedback over het cotininegehalte gekregen hadden. De groep die feedback had gekregen had vaker het roken uit de woonkamer verbannen. Dit effect na 6 maanden was in vergelijking met de voormeting niet significant. Op de langere termijn was er echter geen verschil meer.

Emmons e.a. (2001) hebben ook gebruikt gemaakt van feedback (in dit geval koolstof monoxide en nicotinelucht in huis) maar hebben daarnaast gebruik gemaakt van een motivationele interventie om het meerroken door kinderen van ouders met een lage SES te verminderen. De ouders in de groep van de motivationele interventie ontvingen thuis een interview van 30-45 minuten gevolgd door vier follow-up telefonische counselinggesprekken (van elk 10 minuten). De interventie was op maat gemaakt naar de doelen van de ouders; stoppen met roken of meerroken door kind verminderen. Ouders kregen feedback over nicotinelucht en koolstof monoxide gehalte in hun huis, dat vastgesteld werd tijdens het eerste bezoek. Een andere groep ouders ontving per e-mail een zelfhulp-gids 'stoppen met roken, een stencil met tips hoe je passief roken kan verminderen en informatie over hulpmiddelen. Follow-up in beide groepen is gedaan na 1, 3 en 6 maanden. Na 6 maanden was het nicotinegehalte in de huizen van ouders uit de motivationele interventiegroep significant lager dan in de zelf hulp groep. Trends over tijd zijn gevonden tussen nulmeting en follow-up metingen binnen de twee groepen; in de motivationele interventie groep is het nicotinegehalte omlaag gegaan en in de zelfhulpgroep is het nicotinegehalte omhoog gegaan. Echter beide trends zijn niet significant.

In het artikel van Hovell et al. (2000) wordt een intensieve counseling besproken om het meerroken door kinderen van ouders met een lage SES te voorkomen. Hier werd geen gebruik gemaakt van feedback (aan de hand van bijv. cotininegehalte in de urine van het kind, deze werd hier gebruikt als uitkomstmaat) maar de ouders ontvingen wel 7 counseling sessies (3 face-to-face en 4 telefonisch) verspreid over 3 maanden. De counselsessies duurde 12-28 minuten. In de eerste sessie werden lange termijn doelen gesteld die in de sessies erna werden aangehaald. 'No Smoking' stickers werden uitgedeeld als cue in huis. Een andere (controle) groep kreeg de gebruikelijke counseling over voeding samen met een kort advies om te stoppen met roken en hun kinderen niet bloot te stellen aan rook. Beide groepen ouders werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek als ze bij het consultatiebureau kwamen voor het 9 maandelijks periodieke gezondheidsonderzoek: hiervoor ontvingen ze \$60-\$90. In vergelijking met een controlegroep rookten de moeders in de interventiegroep minder vaak na de interventie ook verminderde het cotininegehalte in de urine van het kind enigszins terwijl die in de controlegroep steeg.

4.3 Algemene informatie uit de overzichtsstudies

Hieronder wordt in het kort algemene informatie die uit de overzichtsstudies naar voren komt, beschreven. Er is onderscheid gemaakt tussen literatuur die ingaat op de interventiestrategieën en literatuur die ingaat op methoden en materialen.

Interventiestrategieën

Een verkennende studie laat zien dat ouders met een laag inkomen gemotiveerd worden door interventies die duidelijke en concrete informatie gaven over het riemgebruik (in de auto) van hun kind (Winston, Erkoboni, & Xie, 2007). Ook gaven ouders de voorkeur aan 'echte' verhalen, zoals een situatie waarin een auto ongeluk plaatsvindt en het kind zwaar letsel op loopt, maar waar tegelijkertijd ook tips gegeven worden hoe dit ongeluk voorkomen had kunnen worden.

In focusgroepen met ouders van kinderen op de kleuterschool kwam vooral naar voren dat het houden van groepsdiscussies en 'peer' education, dat cultuur- en taalgevoelig is, als succesvolle strategieën worden gezien (Taveras et al., 2006). Via groepsdiscussies met moeders die roken werd de taalgevoeligheid nogmaals benadrukt; door waarschuwingen en moraliserende opmerkingen van vroedvrouwen gaven moeders aan niet minder te gaan roken (Arborelius & Nyberg, 1997).

Een beschrijvend onderzoek door Garvey et al. (2006) laat zien hoe de deelname van ouders bij een preventieve oudertraining voor families en een laag inkomen eruit ziet. De resultaten suggereren dat ouders, die deelnamen, een lagere opvoedingseigen effectiviteit hadden, meer problemen bij hun kinderen zagen, en al eerder aan een oudertraining deelgenomen hadden. Deelname aan de eerste bijeenkomst was verder essentieel voor de verdere deelname. Niet deelname aan de oudertraining werd vooral veroorzaakt doordat het tijdstip van de training niet uitkwam (ivm werk en school).

Methoden en materialen

Polivka et al. (2006) heeft met behulp van een vragenlijst vast gesteld hoe ouders met een lage SES informatie over loodvergiftiging het liefst ontvangen; Folders en discussies met gezondheidsmedewerkers hebben de voorkeur. Onder minderheidsgroepen zijn vooral video's, billboards en huisbezoeken geliefd.

Een anders verkennend onderzoek laat zien dat moeders met een laag inkomen behoefte hebben aan en geïnteresseerd zijn in een interventie die on-line gegeven wordt over voeding, lichamelijke beweging en het behouden van een voedingsbudget (Atkinson et al., 2007). Een onderzoek van Spittaels & De Bourdeaudhuij (2007) laat echter ook zien dat moeders meer interesse tonen en eerder meedoen aan een online onderzoek dan vaders. Hoge SES ouders en het hebben van een baan waren gerelateerd aan interesse, maar niet aan daadwerkelijke deelname aan het programma.

Een beschrijving van het gebruik en toegang van internet en computers om gezondheidsinformatie te vinden onder lage SES ouders in de Verenigde Staten wordt gegeven in het onderzoek van Kind et al. (2005); 58% heeft een computer en 41% heeft internet thuis. 52% gebruikt internet voor het zoeken van gezondheidsgerelateerde informatie. 93% vindt dat er waardevolle gezondheidsinformatie te vinden is op het internet. 92% zou hierover willen praten met een professional.

Een overzichtsstudie van Lashuay et al. (2000) naar de mate van blootstelling aan berichten over inenting via de media laat verder zien dat 88% van de Afrikaans Amerikaanse gezinnen in de Verenigde staten aangaf berichten over inenting via media te hebben opgevangen; via TV (63%), billboards (51%) en radio (42%). Een recent onderzoek naar het stoppen met roken toont wel aan dat sommige media campagnes minder effectief zijn in het stimuleren van, in dit geval, het stoppen met roken door volwassenen met lager opleidingsniveau dan met een hoger opleidingsniveau (Niederdeppe et al., 2008). Een campagne met de boodschap dat stoppen met roken moeilijk is maar dat dit met hulp mogelijk is, was effectiever bij volwassenen met een hoog opleidingsniveau dan met een laag opleidingsniveau. Een campagne met de boodschap dat meer roken de gezondheid van anderen schaadt had geen effect op het stoppen met roken, en hierin was ook geen verschil naar

opleidingniveau. De volwassenen die zich deze laatste campagne herinnerden vonden wel vaker dat meerroken ongezond was. De auteurs suggereren dan ook dat een campagne met de boodschap dat meerroken schadelijk is steun kan genereren voor rookvrije ruimtes, wat vervolgens weer kan leiden tot een vermindering sigarettenconsumptie en een stijging van het aantal stoppogingen (Niederdeppe et al., 2008). In een meta-analyse naar het effect van massa mediale interventies op het stoppen met roken door volwassenen (Bala et al., 2008) wordt door de auteurs uiteindelijk geconcludeerd dat er geen eenduidige relatie geobserveerd is tussen de effectiviteit van een campagne en opleidingsniveau.

5 Beschrijving van interventies

We hebben vijf interventies opgevraagd. Van drie interventies hebben we materialen binnengekregen. Twee van de aangevraagde interventies hebben reeds een aantal jaren geleden plaatsgevonden. De auteurs van de artikelen geven aan dat de interventies niet meer beschikbaar zijn (Emmons et al., 2001, Sciacca et al. 1995).

5.1 Save As Houses Project

In het vorige hoofdstuk is een recent onderzoek beschreven naar voorlichting over veiligheidsmaatregelen. Dit onderzoek laat zien dat voorlichting over veiligheid deels bijgedragen heeft aan het verminderen van sociale ongelijkheid voor veiligheidsmaatregelen, vooral in het gebruik van traphekjes (Kendrick et al. 2008). Deze voorlichting bestaat uit een gestandaardiseerd veiligheidsconsult door een gezondheidsmedewerker.

Stap 1: bepalen van veiligheidsbehoefte.

Tijdens dit consult vult de ouders een vragenlijst in over de veiligheidsbehoefte van hun gezin. In deze vragenlijst worden vragen gesteld over risicoperceptie en de mate waarin men op dat moment probeert te voorkomen dat het kind valt, zich verbrandt, zichzelf snijdt, zichzelf vergiftigt en stikt (zie bijlage D).

Stap 2: bespreken van veiligheidsbehoefte

De gezondheidsmedewerker bespreekt vervolgens de antwoorden met de ouders. Hierbij (1) geeft hij/zij positieve feedback door het bekrachtigen van de op dat moment aanwezig veiligheidsmaatregelen, (2) bespreekt hij/zij veiligheidsmaatregelen die nog niet uitgevoerd zijn, (3) bespreekt hij/zij barrières bij de invoering van maatregelen en mogelijke oplossingen. Ook geeft hij/zij gratis of goedkopere veiligheidsproducten.

Stap 3: opstellen veiligheidsplan

De ouders en de gezondheidsmedewerkers maken samen een plan om het huis veiliger te maken en de ouders krijgen een kopie van dit plan (bijlage D). In dit plan wordt van 8 veiligheidsonderwerpen aangegeven wat al gedaan is, wat nog gedaan gaat worden en ook wat niet van toepassing is bij dit gezin. In dit plan wordt ook aangegeven wie van de gezinsleden en wanneer (datum) gaat checken of het huis veiliger is geworden. Hiervoor ontvangen ouders ook een checklist (bijlage D): hiermee kunnen ze nagaan of hun huis veiliger is geworden. Ouders krijgen ook een folder mee waarin ze de informatie nog eens na kunnen lezen.

Andere activiteiten

Traphekjes, rookalarm, kastsloten en raamsloten worden gratis aangeboden en geïnstalleerd bij ouders met een laag inkomen.

5.2 Ambiente Fresco II.: para nuestros hijos

Een ander onderzoek dat in het vorige hoofdstuk beschreven wordt, betreft het effect van een interventie om meer roken te voorkomen bij kinderen van Spaanstalige ouders Woodruff et al. (2007). Deze interventie bestaat uit vier activiteiten die een periode van vijf weken plaats vinden.

1. Activiteit 1- face to face huisbezoek
2. Activiteit 2 – mailing
3. Activiteit 3 – telefonisch contact
4. Activiteit 4 - mailing

Voorafgaand aan het huisbezoek wordt een haarsample van het kind genomen en wordt het nicotinegehalte gemeten.

Huisbezoek

Het huisbezoek heeft als doel de ouders realistische doelen te laten stellen om het meeroken van hun kind te voorkomen.

Tijdens het huisbezoek wordt de uitslag van de nicotinemeting besproken: in dit geval zijn daar drie soorten feedback sheets opgesteld: (1) een vergelijkende grafiek, waarin het nicotinegehalte werd afgezet tegen dat van andere deelnemende kinderen, kinderen van ouders die niet roken en kinderen die wel worden blootgesteld aan rook, maar waarvan de ouders niet roken, (2) een simpele grafiek, waarin wordt aangegeven hoe ernstig het nicotinegehalte van het kind is met minimaal, significant en ernstig, of (3) een geschreven brief. Een vrouwelijke “promotor” gebruikt bij het bespreken van de feedback de instructie die bij elke feedbackvorm geschreven is (zie bijlage E). Hierbij horen bij alle counseling versies de volgende stappen:

- Geef de deelnemer de kaart met interventiebeschrijving.
- Presenteer en interpreteer de feedback van de feedback sheet.
- Bespreek de factsheet over tabak.
- Geef de deelnemer de folder “Senales de Humo”.
- Vul de Donde esta el Humo worksheet in: deze worksheet helpt bij het identificeren van de settings waarin, de tijden van de dag waarop, en de activiteiten waarbij het kind blootgesteld wordt aan tabaksrook in huis of in de auto.
- Vraag hoeveel sigaretten de deelnemer op dit moment rookt en geef ideeën hoe hij/zij het meeroken van het kind kan verminderen.

Aan het einde van het huisbezoek wordt de feedback sheet, een factsheet over tabak, een magneet, het visitekaartje van de ‘promotor’ en een thermosfles bij de ouders achtergelaten.

Mailings

De feedback wordt in de mailing nogmaals gegeven maar dan (ivm het onderzoek) in afwisselende versies van de feedback.

Telefonisch contact

Het telefonische contact (in de vierde week van de interventie) is gericht op de sociale steun aan de ouder(s). In dit gesprek herinnert de interventiecoördinator de ouders van het nicotinegehalte in het haar van het kind, vraagt naar de voortgang en moeilijkheden, bekrachtigt de voortgang en moedigt aan om nieuwe doelen te stellen indien de vorige doelen niet gehaald zijn.

5.3 Boekenpret

In Nederland is ook een programma ontwikkeld, getiteld Boekenpret, om het voorlezen te stimuleren. Boekenpret is een leesbevorderingproject voor de voorschoolse periode, dus voor kinderen van 0 tot 6 jaar. De achtergrond van Boekenpret heeft 4

doelstellingen: 1. Verbetering van de materiele leesomgeving van het kind, 2. Opvoeders bewust maken van het belang van lezen, 3. De kwaliteit van interacties tussen opvoeder en kind verhogen, 4. Het leesgedrag van de opvoeders positief beïnvloeden. Alle 4 de doelstellingen moeten leiden tot een betere leescultuur die jonge kinderen omgeeft. De focus van deze doelstellingen ligt op attitude en gedragsaspecten van de opvoeders. Het eigen leesplezier van ouders, het belang dat zij hechten aan lezen en hierdoor het leesklimate dat zij thuis scheppen heeft een significante relatie met de taalvaardigheid en geletterde vaardigheden van kinderen.

Boekenpret is vooral gericht op autochtone en allochtone gezinnen waar weinig aandacht is voor (voor) lezen. Ouders van kinderen in de leeftijd van 0-6 jaar worden via de beroepskrachten, verbonden aan instellingen voor kinderopvang, bibliotheken en scholen, gestimuleerd om thuis voor te lezen. Leren om interactief voor te lezen heeft dan ook een centrale plaats in het programma Boekenpret. Daarnaast krijgen ouders veel praktische tips, zoals hoe ze thuis voorleesroutines kunnen opbouwen en waar ze geschikte boeken voor hun kind kunnen vinden, bijvoorbeeld bij de bibliotheek.

Het programma bestaat onder andere uit een tippenboek voor ouders, voorleesboekjes, een boekenbeer, speelontdekboeken en een handleiding voor organisaties die met boekenpret gaan werken. Op dit moment wordt Boekenpret gebruikt door bibliotheken, kinderopvang en ook door consultatiebureaus.

Een locatie is pas een Boekenpretlocatie als voldaan is/wordt aan de volgende zes basisvoorwaarden:

1. er scholing aan de professionals plaatsvindt
2. ouders voorlichting over doelstellingen Boekenpret ontvangen
3. de centrum-gezin-centrum gerichte aanpak is gekozen
4. per leeftijdsgroep de herkenbare materialen van Boekenpret gebruikt worden
5. de jeugdbibliotheek een duidelijke rol heeft
6. er een doorgaande lijn middels samenwerking tussen tenminste twee organisaties (consultatiebureaus, speelzalen, basisscholen, bibliotheek) voor verschillende leeftijdsniveaus (baby, peuter, kleuter) tot stand is gekomen.

Boekenpretwijkverpleegkundigen

In het onderzoek van Bos (2002) zijn wijkverpleegkundigen ingezet bij de uitvoering van de activiteiten van Boekenpret ten behoeve van 0 tot 2-jarigen. Voor dit onderzoek zijn er vier wijkverpleegkundigen uit één JGZ-organisatie opgeleid tot Boekenpretwijkverpleegkundigen. De begeleiding c.q. scholing bestaat uit bijeenkomsten bij de JGZ-organisatie met lijnfunctionarissen en met leesconsulenten 0-6 jarigen. Deze bijeenkomsten worden ongeveer elke twee maanden georganiseerd binnen de JGZ-organisatie. Daarnaast worden de wijkverpleegkundigen begeleid door middel van Video-Interactie Begeleiding. Dit betekent dat een video-opname gemaakt wordt van een huisbezoek in een Boekenpretgezin. Deze opname wordt vervolgens tijdens een groepsbijeenkomst nabesproken.

Voor de Somalische en Marokkaanse Boekenpretgezinnen in deze regio is een speciaal hiervoor opgeleide Marokkaanse buurtmoeder ingezet. Dit bleek echter niet helemaal naar wens te verlopen en daarom is een medewerker Eigen Taal en Cultuur opgeleid om deze gezinnen te begeleiden.

Huisbezoeken

Boekenpretgezinnen worden door de wijkverpleegkundigen geselecteerd als zij direct na de geboorte van een kind bij het gezin thuis komen. Een gezin is geschikt om deel te nemen aan het project als het beantwoordt aan de selectiecriteria voor Boekenpret. Gedurende het eerste jaar krijgen de Boekenpretgezinnen ongeveer iedere twee weken bezoek van de wijkverpleegkundige. Tijdens de huisbezoeken krijgt ieder gezin een aantal babyboekjes en cassettebandjes (nu cd's) met kinderliedjes, die aansluiten bij de inhoud van het Opgroeiboek.

Het Opgroeiboek is een werkboek voor ouders ter ondersteuning van het voorlezen thuis. Het Opgroeiboek bestaat uit vier delen. De eerste drie delen zijn gericht op ouders van 0-2 jarigen en het laatste deel op ouders van 2 tot 4 jarigen. Het eerste deel is gericht op de moeder en op de wijze waarop zij kan inspelen op haar kind. Het tweede deel is al wat meer op het kind gericht. Ouders krijgen hierin suggesties om op een speelse manier met hun baby om te gaan door samen te zingen, te spelen, te praten en voor te lezen. In deel 3 ligt de nadruk meer op boekjes en voorlezen en in deel 4 op de interacties tussen moeder en kind aan de hand van liedjes, spelletjes en vooral voorlezen.

Groepsbijeenkomsten

Naast huisbezoeken worden er om de paar maanden groepsbijeenkomsten op het consultatiebureau georganiseerd. Deze worden verzorgd door de Openbare Bibliotheek van de regio.

In het tweede jaar worden de ouders en hun kinderen alleen begeleid door middel van groepsbijeenkomsten (georganiseerd door de bibliotheek). Vervolgens wordt de doorgaande lijn gewaarborgd door peuterspeelzalen en groep één en twee van de basisscholen.

In een eerder onderzoek naar Boekenpret in deze regio zijn al een aantal aanbevelingen gemaakt voor verbetering van Boekenpret. Deze zijn in het onderzoek van Bos (2002) meegenomen. Een aantal belangrijke aanbevelingen waren:

- Het versoepelen van de selectie van de doelgroep.
- Het peilen van de motivatie van de ouders.
- Het aanpassen van de scholing: meer aandacht voor de vertaling van de theorie naar de praktijk. Dit is gedaan door invoeren van video-interactie begeleiding.

Literatuurlijst

ALBRIGHT CL, PRUITT L, CASTRO C, GONZALEZ A, WOO S, KING AC. Modifying physical activity in a multiethnic sample of low-income women: one-year results from the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) project. *Ann Behav Med* 2005;30(3):191-200.

APSLER R, FORMICA SW, ROSENTHAL AF, ROBINSON K. Increases in booster seat use among children of low income families and variation with age. *Inj Prev* 2003;9(4):322-5.

ARBORELIUS E, NYBERG K. How should midwives discuss smoking behaviour in pregnancy with women of low educational attainment? *Midwifery* 1997 ;13(4):210-5.

ATKINSON NL, BILLING AS, DESMOND SM, GOLD RS, TOURNAS-HARDT A. Assessment of the nutrition and physical activity education needs of low-income, rural mothers: can technology play a role? *J Community Health* 2007;32(4):245-67

BALA M, STRZESZYNSKI L, CAHILL K. Mass media interventions for smoking cessation in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.:CD004704.

BOS JPMJ. Boekenpret opgegroeid?! Een effect- en evaluatieonderzoek van Boekenpret Tilburg in 2000, het verschil met Boekenpret 1997 en de Boekenpretgezinnen van 1997 anno 2001. Scriptie doctoraal examen in de pedagogische wetenschappen en de Nederlands taal- en letterkunde. Universiteit Nijmegen, 2002.

BROEKE A ten. The effect of role and indirectness on the perceived face threat and perceived persuasiveness of anit-obesity messages. Master thesis, University of Twente, 2006.

BROWN R, BRATTON SL, CABANA MD, KACIROTI N, CLARK NM. Physician asthma education program improves outcomes for children of low-income families. *Chest* 2004;126(2):369-74.

BROWN RM, CANHAM D, CURETON VY. An oral health education program for Latino immigrant parents. *J School Nurs* 2005;21(5):266-71.

BROWNER CH, PRELORAN M, PRESS NA. The effects of ethnicity, education and an informational video on pregnant women's knowledge and decisions about a prenatal diagnostic screening test. *Patient Educ Couns* 1996;27(2):135-46.

BULLER DB, BURGOON M, HALL JR, LEVINE N, TAYLOR AM, BEACH BH, MELCHER C, BULLER MK, BOWEN SL, HUNSAKER FG, BERGEN A. Using language intensity to increase the success of a family intervention to protect children from ultraviolet radiation: predictions from language expectancy theory. *Prev Med* 2000;30(2):103-13.

CAMPBELL FA, GOLDMAN BD, BOCCIA ML, SKINNER M. The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: a comparison of print, video, and computer-based presentations. *Patient Educ Couns* 2004;53(2):205-16.

CHAMPION VL, SPRINGSTON JK, ZOLLINGER TW, SAYWELL RM JR, MONAHAN PO, ZHAO Q, RUSSELL KM. Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women. *Cancer Detect Prev* 2006;30(6):535-44.

CHEN YC, CHIANG LC. Effectiveness of hand-washing teaching programs for families of children in paediatric intensive care units. *J Clin Nurs* 2007;16(6):1173-9.

CHOI J, STARREN JB, BAKKEN S. Web-based educational resources for low literacy families in the NICU. *AMIA Annu Symp Proc* 2005;922.

COHALL AT, COHALL R, DYE B, DINI S, VAUGHAN RD. Parents of urban adolescents in Harlem, New York, and the Internet: a cross-sectional survey on preferred resources for health information. *J Med Internet Res* 2004 Dec 3;6(4):e43.

COOK DG, STRACHAN DP. Health effects of passive smoking -10: summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999;54:357-66.

CRONE MR, REIJNEVELD SA, WILLEMSSEN MC, SING RA. Parental education on passive smoking in infancy does work. *Eur J Public Health* 2003 ;13(3):269-74.

EHIRI JE, EJERE HO, HAZEN AE, EMUSU D, KING WD, OSBERG SJ. Interventions to increase children's booster seat use: a review. *Am J Prev Med* 2006 ;31(2):185-92.

EMMONS KM, HAMMOND SK, FAVA JL, VELICER WF, EVANS JL, MONROE AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics* 2001;108(1):18-24.

FISHER EB, STRUNK RC, SUSSMAN LK, SYKES RK, WALKER MS. Community organization to reduce the need for acute care for asthma among African American children in low-income neighborhoods: the Neighborhood Asthma Coalition. *Pediatrics* 2004;114(1):116-23.

FITZGIBBON ML, STOLLEY MR, AVELLONE ME, SUGERMAN S, CHAVEZ N. Involving parents in cancer risk reduction: a program for Hispanic American families. *Health Psychol* 1996;15(6):413-22.

FOSSUM B, ARBORELIUS E, BREMBERG S. Evaluation of a counseling method for the prevention of child exposure to tobacco smoke: an example of client-centered communication. *Prev Med* 2004;38(3):295-301.

FOWLES ER, HENDRICKS JA, WALKER LO. Identifying healthy eating strategies in low-income pregnant women: applying a positive deviance model. *Health Care Women Int* 2005;26(9):807-20.

GAGNON F, CATELLIER P, ARTEAU-GAUTHIER I, SIMARD-TREMBLAY E, LEPAGE-SAUCIER M, PARADIS-ROBERT N, MICHEL J, LAVALLIERE A. Compliance with fluoride supplements provided by a dental hygienist in homes of low-income parents of preschool children in Quebec. *J Public Health Dent* 2007;67(1):60-3.

GARVEY C, JULION W, FOGG L, KRATOVIL A, GROSS D. Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Res Nurs Health* 2006;29(3):212-22.

GIELEN AC, MCKENZIE LB, MCDONALD EM, SHIELDS WC, WANG MC, CHENG YJ, WEAVER NL, WALKER AR. Using a computer kiosk to promote child safety: results of a randomized, controlled trial in an urban pediatric emergency department. *Pediatrics* 2007;120(2):330-9.

GITTELMAN MA, POMERANTZ WJ, LAURENCE S. An emergency department intervention to increase booster seat use for lower socioeconomic families. *Acad Emerg Med* 2006;13(4):396-400.

HAES WFM de, VAANDRAGER L. Bevorderen van gezond gedrag bij lage SES-groepen. In: STRONKS K, HULSHOF J, redactie. *De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum, 2001.

HANRAHAN-CAHUZAK M. Mum to Mum. An evaluation of a community-based health promotion programme for first-time mothers in the Netherlands. Proefschrift Wageningen Universiteit, 2002

HARTLEY BM, O'CONNOR ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(8):868-71.

HENDRICKSON SG. Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. *Inj Prev* 2005;11(5):313-7.

HORODYNSKI MA, STOMMEL M. Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. *Pediatr Nurs* 2005;31(5):364, 367-72. Erratum in: *Pediatr Nurs* 2006;32(1):96.

HOVELL MF, ZAKARIAN JM, MATT GE, HOFSTETTER CR, BERNERT JT, PIRKLE J. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. *BMJ* 2000 5;321(7257):337-42.

HYMOWITZ N, SCHWAB J, HADDOCK CK, PYLE S, MESHBERG S. The pediatric resident training on tobacco project: interim findings. *J Nat Med ASS* 2006;98(2):190-203.

ISMAIL AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1 Suppl):49-61.

KELLY NR, HUFFMAN LC, MENDOZA FS, ROBINSON TN. Effects of a videotape to increase use of poison control centers by low-income and Spanish-speaking families: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2003;111(1):21-6.

KIND T, HUANG ZJ, FARR D, POMERANTZ KL. Internet and computer access and use for health information in an underserved community. *Ambul Pediatr* 2005;5(2):117-21.

KOWASH MB, PINFIELD A, SMITH J, CURZON ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000;188(4):201-5.

LASHUAY N, TJOA T, ZUNIGA DE NUNCIO ML, FRANKLIN M, ELDER J, JONES M. Exposure to immunization media messages among African American parents. *Prev Med* 2000;31(5):522-8.

LOCARD E, MAMELLE N, MUNOZ F, REMONTET L, CAVELIER R, LAFONT S. Is it possible to improve sleep in children? A research on health education in nursery schools. *Arch Pediatr* 1997;4(12):1247-54

LU MC, LANGE L, SLUSSER W, HAMILTON J, HALFON N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):290-5.

MARTIGNON S, GONZÁLEZ MC, SANTAMARÍA RM, JÁCOME-LIÉVANO S, MUÑOZ Y, MORENO P. Oral-health workshop targeted at 0-5-yr. old deprived children's parents and caregivers: effect on knowledge and practices. *J Clin Pediatr Dent* 2006;31(2):104-8.

MARTIN M, HOLDEN J, CHEN Z, QUINLAN K. Child passenger safety for inner-city Latinos: new approaches from the community. *Inj Prev* 2006 Apr;12(2):99-104.

NIEDERDEPPE J, FIORE MC, BAKER TB, SMITH SS. *Am J Public Health* 2008; 98(5): 916-24.

NOAR SM, BENAC CN, HARRIS MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull* 2007;133(4) 673-693.

PERCIVAL J. Smoking: tackling the silent epidemic. *J Fam Health Care* 2007;17(4):109-10.

PERCY MS, MCINTYRE L. Using Touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers. *J Pediatr Nurs* 2001;16(3):180-6.

POLIVKA BJ. Needs assessment and intervention strategies to reduce lead-poisoning risk among low-income Ohio toddlers. *Public Health Nurs* 2006 ;23(1):52-8.

PORR C, DRUMMOND J, RICHTER S. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Fam Community Health* 2006;29(4):328-35.

POWELL EC, TANZ RR, UYEDA A, GAFFNEY MB, SHEEHAN KM. Injury prevention education using pictorial information. *Pediatrics* 2000;105(1):e16.

RAY BJ, METCALF SC, FRANCO SM, MITCHELL CK. Infant sleep position instruction and parental practice: comparison of a private pediatric office and an inner-city clinic. *Pediatrics* 1997;99(5):E12.

REVELLE G, REARDON E, MAYS GREEN M, BETANCOURT J, KOTLER J. The use of mobile phones to support children's literacy learning. *Persuasive* 2007; Incs 4744:253-8.

ROBINSON TN, KRAEMER HC, MATHESON DM, OBARZANEK E, WILSON DM, HASKELL WL, PRUITT LA, THOMPSON NS, HAYDEL KF, FUJIMOTO M, VARADY A, MCCARTHY S, WATANABE C, KILLEN JD. Stanford GEMS phase 2 obesity prevention trial for low-income African-American girls: design and sample baseline characteristics. *Contemp Clin Trials* 2008;29(1):56-69. Epub 2007 May 25.

SCHWARTZ L, HOWLAND MA, MERCURIO-ZAPPALA M, HOFFMAN RS. The use of focus groups to plan poison prevention education programs for low-income populations. *Health Promot Pract* 2003;4(3):340-6.

SCIACCA JP, DUBE DA, PHIPPS BL, RATLIFF MI. A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Community Health* 1995;20(6):473-90.

SERWINT JR, WILSON ME, VOGELHUT JW, REPKE JT, SEIDEL HM. A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics* 1996;98(6 Pt 1):1069-75.

SPITTAELS H, DE BOURDEAUDHUIJ I. Who participates in a computer-tailored physical activity program delivered through the Internet? A comparison of participants' and non-participants' characteristics. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007 19;4:39.

TAVERAS EM, LAPELLE N, GUPTA RS, FINKELSTEIN JA. Planning for health promotion in low-income preschool child care settings: focus groups of parents and child care providers. *Ambul Pediatr* 2006;6(6):342-6.

TRIFILETTI LB, SHIELDS WC, MCDONALD EM, WALKER AR, GIELEN AC. Development of injury prevention materials for people with low literacy skills. *Patient. Educ Couns* 2006;64(1-3):119-27.

VINEIS P, RONCO G, CICCONE G, VERNERO E, TROIA B, D'INCALCI T, GOGLIANI F. Prevention of exposure of young children to parental tobacco smoke: effectiveness of an educational program. *Tumori* 1993;79(3):183-186.

WAKEFIELD MA, CHALOUPKA FJ, KAUFMAN NJ, ORLEANS CT, BARKER DC, RUEL EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-7.

WAKEFIELD M, BANHAM D, MCCAUL K, MARTIN J, RUFFIN R, BADCOCK N, ROBERTS L. Effect of feedback regarding urinary cotinine and brief tailored advice on home smoking restrictions among low-income parents of children with asthma: a controlled trial. *Prev Med* 2002;34(1):58-65.

WENNHALL I, MÅRTENSSON EM, SJUNNESSON I, MATSSON L, SCHRÖDER U, TWETMAN S. Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socio-economic, multicultural area in Sweden: results after one year. *Acta Odontol Scand* 2005;63(3):163-7.

WETTER DW, MAZAS C, DAZA P, NGUYEN L, FOULADI RT, LI Y, COFTA-WOERPEL L. Reaching and treating Spanish-speaking smokers through the National Cancer Institute's Cancer Information Service: a randomized controlled trial. *Cancer* 2007;109(2 Suppl):406-13.

WHO Division of Noncommunicable diseases. Tobacco free initiative: international consultation on environmental tobacco smoke and child health. WHO report on tobacco smoke and child health 1999. www.ash.org/who-ets-rpt.html. WHO, 1999

WILLIAMSON DL, DRUMMOND J. Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: education is not enough. *Public Health Nurs* 2000 17(2):121-31.

WILSON FL, BROWN DL, STEPHENS-FERRIS M. Can easy-to-read immunization information increase knowledge in urban low-income mothers? *J Pediatr Nurs* 2006;21(1):4-12.

WINICKOFF JP, HILLIS VJ, PALFREY JS, PERRIN JM, RIGOTTI NA. A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: the stop tobacco outreach program. *Pediatrics* 2003;111(1):140-5.

WINICKOFF JP, MCMILLEN RC, CARROLL BC, KLEIN JD, RIGOTTI NA, TANSKI SE, WEITZMAN M. Addressing parental smoking in pediatrics and family practice: a national survey of parents. *Pediatrics* 2003;112(5):1146-51.

WINSTON FK, ERKOBONI D, XIE D. Identifying interventions that promote belt-positioning booster seat use for parents with low educational attainment. *J Trauma* 2007;63(3 Suppl):S29-38.

WINZENBERG TM, OLDENBURG B, FRENDIN S, WIT L de, JONES G. A mother-based intervention trial for osteoporosis prevention in children. *Prev Med* 2006;42(1):21-6.

WOODRUFF SI, CONWAY TL, ELDER JP, HOVELL MF. Pilot study using hair nicotine feedback to reduce Latino children's environmental tobacco smoke exposure. *Am J Health Promot* 2007;22(2):93-7.

YILMAZ G, KARACAN C, YÖNEY A, YILMAZ T. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2006 32(1):73-9.

A Preventieprogramma's

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
1	Woodruff et al., 2007	Eén groep, post- pretest design. Feedback van nicotine in het haar van het kind, counsellingsessies en tips werden gegeven.	Spaanstalige ouders die roken en hun kind (tussen 2-11 jaar) blootstellen aan meer dan 6 sigaretten per week.	Het verminderen van het meeroken van kinderen in huis.	De interventie duurde 13 weken en ouders kregen \$30 voor deelname. Projectmedewerkers van gemeenschapscentra in San Diego hebben ouder-kind koppels gewonnen. In het eerste bezoek werd het haar van het kind onderzocht en kregen ze counseling hoe het meeroken te verminderen en tips. De uitslag van het haar werd verwerkt in de feedback sheets: vergelijkende grafiek, simpele grafiek en geschreven brief. Deze feedback werd gemaïld. Tussentijds werden ouders gebeld voor extra steun. De posttest was een vragenlijst die thuis door een tweetalige technicus werd afgenomen (ook werd er weer een haarmonster afgenomen). Ook werd met een korte vragenlijst de voorkeur voor feedback gemeten.	Thuis	Vrouwelijke promotoren voerde de interventie uit. Een tweetalig/multiculturele technicus deed de post- en pretest.	Uit het verslag van de ouders en de uitslag van de haarmonsters was te zien dat de mate waarin het kind meerookt in huis drastisch was verminderd. Alle drie de feedback manieren werden gewaardeerd, al vonden ouders de vergelijkende grafiek het best.	Meeroken van kinderen in hun thuis-omgeving
2	Gielen et al., 2007	1. Persoonlijk, setting/situatie afhankelijk van veiligheidsrapport.	Laag inkomen, stedelijke families. Ouders van jongen kinderen (4-66 maanden).	Het vergroten van: (1) het veilig opbergen van giftige producten, (2) kinderstoel	1. Een vragenlijst op de computer die een persoonlijk veiligheidsrapport genereert. Beide groepen kregen aan het einde een 12 minuten durende beoordeling.	Computerkiosk in een wachtkamer van de eerste hulp voor kinderen.	Studie recruiter / blinde interviewers.	1. Deze groep had meer kennis over gebruik van brandalarm, het opbergen van giftige stoffen en totale veiligheid. Lage SES ouders die het hele rapport gelezen en besproken hadden waren	Veiligheidsmaatregelen voor het kind.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
		Follow-up: telefonisch interview 2. Controle-groep krijgt een vragenlijst +rapport over veiligheids-situaties in het algemeen.	N=901	Gebruik (3) van brandalarm.				Meer geneigd om giftige producten veilig op te bergen dan controlegroep. Veilige stoel gebruik kwam vaker voor bij de hoge SES ouders.	
3	Chen & Chiang, 2007	1. Video met een voorlichtings-programma en discussie/mogelijkheid tot vragen stellen aan een verpleegster. 2. Poster met illustratie.	Geen lage SES.	Het bevorderen van handen wassen van ouders voordat zij de intensive care opgaan (naar hun kind).	1. De video laat meerdere technieken zien om handen te wassen, waarbij wordt ingegaan op definities en de mate van belang van elke handeling. 2. Er wordt een presentatie gehouden over een poster met dezelfde informatie als op de video.	Pediatric intensive care units (PICU)	Verpleegsters in het PICU.	Beide groepen lieten een positief effect zien, maar deze was groter in de videogroep. De mate van en de manier van handen wassen was toegenomen in families die de video hadden gezien.	Handen wassen voor het betreden van een intensive care voor kinderen.
4	Gagnon et al., 2007	Repeated measures design; 3 thuisbezoeken.	Ouders van kleuterschool-kinderen met een laag inkomen.	Meten van de mate waarin ouders zich houden aan het geven van fluoride-supplementen aan hun kinderen.	Ouders werden gevraagd mee te doen door hun mondhygiëniste. Deze kwam bij deelname 3x op thuisbezoek; tussen 6-9 maanden(V1), tussen 12-15 maanden (V2) en tussen 18-21 maanden (V3). Elk bezoek duurt 40 minuten. Bij elk bezoek werden er verschillende folders gelezen en besproken met de ouders. De ouders krijgen een flesje fluoride met instructies hoe vaak deze toe te	Thuisbezoeken	Mondhygiëniste	Op V1 gaf geen van de ouders hun kind fluoride supplementen. Na de 3 bezoeken gaf 73% van de ouders wel de supplementen. 48% van de ouders gaf aan dagelijks de supplementen te geven.	Fluoride-supplement-inname.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
5	Revelle et al., 2007	1 Ouders kregen voorleesbevorderende interventie via mobiele telefoon.	Ouders van kinderen van 3-4 jaar voor de helft onder armoedegrens.	Nagaan of het verspreiden van Sesamstraat educatieve materialen via mobiele telefoons ouders aanmoedigt en overtuigt om hun kinderen te betrekken in activiteiten die de geletterdheid stimuleren.	dienen aan hun kinderen. Ouders die meededen ontvingen een telefoon met video mogelijkheid. SMS, audiobERICHTEN voor ouders, audiobERICHTEN voor kinderen en video voor kinderen. SMS werden gestuurd om 7:00 uur op maandag, woensdag, vrijdag en zaterdag om ouders naar de audio en videobERICHTEN te leiden. Gedurende 8 weken. Elke week werden in die berichten drie à vier letters uit het alfabet besproken.	Thuis		Het verwijderen van financiële en fysieke barrières in combinatie met persoonlijke professionele betrokkenheid werkt. Materialen werden vaker doordeweeks dan in het weekend bekeken. Pieken van kijken zijn er 's ochtends en tussen 17 en 19 uur. Deelnemers in hoog en laag inkomens initieerden vaker letterherkenningsactiviteiten en lage inkomens deden vaker letter geluid activiteiten. Voor bijna alle kinderen was de mobiele telefoon gemakkelijk te gebruiken. Volgens 75% van de lage inkomes en 50% van de gemiddelde inkomens hielpen de video's over het alfabet bij het leren van letters. Volgens 75% geloofde ook dat op deze wijze de mobiele telefoon een goed educatief instrument kan zijn.	

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
6	Wetter et al., 2007	1. Via T.V werden rokers overgehaald te bellen naar de CIS voor 'stoppen met roken' counseling 2. Adios klinische trial; a. Standaard advies/counseling (SC) b. Uitgebreid advies/counseling (EC).	Spaanstalige rokers met een heel lage SES.	1. Het vergroten van het bereik van een Spaanstalige 'stoppen met roken' dienst van de CIS. 2. Evalueren van de doelmatigheid van de op cultuur gebaseerd, pro-actieve gedragsbehandeling van de CIS onder Spaanstalige rokers.	1. Via radio, kranten, televisie en directe e-mails naar families met Spaanse achternamen, is getracht het aantal bellefjes naar de CIS te vergroten. 2. Een week na toezegging werden mondelinge 'informed consent' en een nulmeting afgenomen. a. SC: een counselsessie die ook werd afgenomen bij het telefoongesprek naar de CIS + zelf hulp materialen in het Spaans, zoals 'handboek om te stoppen met roken', 'feiten en advies om te stoppen met roken', 'Jij kan stoppen met roken', en 'Kanker feiten' werden gemaald. b. EC: SC + 3 pro-actieve telefoongesprekken, 1 (16min), 2 (15min) en 4 (14min) weken na het eerste tel.gesprek met de CIS. Inhoud: Praktische counseling, sociale steun, coping strategieën, cultureel op maat gemaakt. Een follow-up werd 5 en 12 weken na de nulmeting telefonisch afgenomen.	1. De werving ging d.m.v. betaalde T.V. verzorgd door de Nationale Kanker Informatie Service (CIS). 2. Mensen die belden naar de CIS voor de 'stoppen met roken' dienst werden gevraagd mee te doen aan Adios. Beide interventies werden via verschillende media thuis bezorgd.	1. Betaalde media, zoals T.V, radio, kranten en e-mails. 2. Counselors van de CIS en de onderzoekers.	1. Het aantal telefoontjes dat de CIS ontving in een maand ging van 0.39 naar 17,8. 2. ??? De EC liet betere resultaten zien dan de SC op het gebied van onthouding van roken.	Stoppen met roken inter-ventie bij Spaanstalige groep met een zeer lage SES.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
7	Giittelman, Pomerantz & Laurence, 2006	<p>1. Controle-groep</p> <p>2. Voorlichting / training</p> <p>3. Voorlichting / training en gratis kinderstoel en installatie ervan.</p>	Families met kinderen tussen de 4-7 jaar die langskomen op de eerste hulp in lage SES wijken.	Effectiviteit meten van kinderstoel voorlichting.	<p>1. Controlegroep, standaard ontslag instructie.</p> <p>2. Voorlichting / instructie van vijf minuten door een officiële autostoelentechnicus m.b.v. hand-outs en een video met info over het belang van de kinderstoel en het correcte gebruik ervan.</p> <p>3. Zelfde voorlichting als in 2, maar dan met een gratis kinderstoel, die tevens op de juiste manier wordt bevestigd in de auto.</p> <p>Follow-up vond telefonisch plaats een maand na aanvang.</p>	Officiële kinderstoel specialisten / technici	Eerste hulp (emergency department, level 1 trauma centre)	Kinderstoelgebruik was significant beter in de 3de groep. Er was geen verschil tussen groep 1 en 2. 98,2% van de families in groep 3 gebruikt een maand later de kinderstoel op de juiste wijze.	Kinderstoelgebruik
8	Champion et al., 2006	<p>1. Flyer, folder</p> <p>2. Cultureel gevoelige video</p> <p>3. Interactief op maat gemaakt instructie programma via de computer.</p>	Afrikaans-Americaanse vrouwen met een laag inkomen.	Het vinden van effectieve methoden om routinematige mammografie-screening te promoten bij achtergestelde vrouwen.	<p>1. Flyers werden per e-mail verstuurd. Vrouwen werden aangemoedigd om zich te laten screenen en ze krijgen een lijst met mogelijkheden voor screening bij hun in de buurt.</p> <p>2. Een video (20 min.) toegespitst op de doelgroep waarin vrouwen worden aangemoedigd om zich te laten screenen.</p> <p>3. Vrouwen deden een interactief touchscreen programma (20-40 min.) dat op maat gemaakt was (naar de individuele ideeën en gedachten over mammografie) voor de deelnemer.</p>	Gezondheidscentra in de buurt. De werving verliep via meerdere kanalen: - Multi diensten centra in een 'midwestern' city - op een	Projectmedewerkers van gezondheidscentra.	Het interactieve op maat gemaakte instructieprogramma was het meest effectief in het verkrijgen van toewijding aan mammografie. Op maat gemaakte interventies zijn effectiever dan doelgerichte berichten op papier of video.	Mammografie-screening

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
9	Yilmaz et al., 2006	1. Kind-interventie; Een stoppen met roken interventie, gericht op de gevaren voor de gezondheid van het kind. 2. Een stoppen met roken interventie, gericht op de gevaren voor de gezondheid van de moeder. 3. Controle groep.	Moeders met kind onder de 16 jaar.	Vaststellen of interventies gericht op de gezondheid van het kind i.t.t. gezondheid van de moeder van invloed is op het stoppen met roken.	Na controle van het kind kreeg de moeder een vragenlijst voor de nulmeting en inclusie. Voordat de interventie groepen begonnen kreeg de hele groep 10 min. voorlichting over de gezondheidsrisico's van roken en kreeg de groep een schriftelijk 'hoe te stoppen met roken' boekje. 1. Risico's voor het kind werden uitgelegd 2. Risico's voor de moeder werden uitgelegd 3. Algemene persoonlijke gezondheidsinfo werd gegeven. Follow-up: 6 maanden na interventie werden de moeders gebeld voor een telefonisch interview. De uitkomst maat was: status van roken (verandering van plek en kennis).	Tertiary referral centre; kind-ziekenhuis, Ankara Turkije	Verpleegster	In beide interventiegroepen waren meer moeders gestopt met roken na 6 maanden dan in de controle groep. Moeders in de interventie groepen, die niet konden stoppen, hebben vaker een andere plek gekozen om te roken dan de controle moeders. Dit effect is het grootste in de Kind-interventiegroep (ook verbetering van kennis). Educatie voor moeders hoe te stoppen met roken moet vooral gebaseerd zijn op de risico's voor de gezondheid van het kind	Educatie voor moeders om te stoppen met roken.
10	Martignon et al., 2006	1. Testgroep; 2. Controle groep;	Ouders met kinderen van 0-5 jaar met een laag inkomen in	Het effect van een workshop ter bevordering van	Beide groepen krijgen in de eerste fase een vragenlijst over kennis en gewoontes omtrent mondgezondheid. In de tweede fase krijgen beide groepen een tandplak	Dag 'care' centra	Tandplakonderzoek door getrainde	Lagere tandplakscores werden gevonden bij de kinderen van de testgroep dan bij de controlegroep. Ook	Het bevorderen van de kennis en

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
11	Martin et al., 2006	1. Training veilig vervoeren van het kind m.b.v. een video en een 'office demonstrator'.	Mexicaanse families met een laag inkomen / opleidingsniveau	Het vergroten van het op de juiste manier gebruiken van een veiligheidsstoel voor kinderen in de auto.	onderzoek. 1. Een voorlichtingsworkshop (in de tweede fase) wordt gegeven die 40 min. duurt, waarin een presentatie en interactieve activiteiten plaatsvinden. Na ieder onderwerp werd er gedurende 5 min. in subgroepen 'reinforcement' activiteiten uitgevoerd. Aan het einde krijgt iedereen een folder. Beide groepen krijgen na afloop tandenborstels uitgedeeld. De derde fase bestaat uit een evaluatie van de workshop na één maand en na 6 maanden.	Centro San Bonifacio, Latino community centre	Gezondheidsmedewerkers van een Latino gemeenschap zijn getraind als technici.	Ja, beter (gewicht/hoogte verhouding, kind kijkt de goede kant op en de riempjes zijn goed bevestigd) stoel gebruik na de interventie.	Beter gebruik van een veiligheidsstoel voor kinderen in de auto.
12	Wilson et al., 2006	1. Controle groep: folder met standaard vaccinatie	Moeders met een laag inkomen waarvan de	Studie naar de effecten van een interventie ter bevordering	1. Folder met vaccinatie informatie statements (VIS). 2. Folder met meer informatie over hoe het kind na de vaccinatie zich kan voelen en	Vaccinatie klinieken	Verpleegsters	Er werd in beide gevallen geen significante toename van kennis over vaccinatie waargenomen. Dus het	Vaccinatie informatie

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
13	Ehiri et al., 2006	.informatie. 2. Interventie groep; folder met makkelijker te lezen informatie over vaccinaties.	kinderen (jonger dan 2 jaar) worden ingeënt in publieke, stedelijke klinieken.	van de leesbaarheid / begrip van vaccinatie folders.	wat te doen in een noodgeval. Ook zijn er tekeningen toegevoegd en aan het einde een quiz.	n.v.t.	n.v.t.	vergemakkelijken van de tekst is niet genoeg om ouderlijke kennis te vergroten.	
14	(Hymowitz et al 2006).	1 Groep kinderartsen in opleiding krijgt speciale training over roken. 2 Groep kinderartsen krijgt standaard training.	Ouders en kinderen (van 4-8 jaar).	Review naar interventies ter bevordering van het gebruik van een kinderstoel in de auto.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Interventies die alleen gebruik maken van voorlichting zijn minder effectief in het veranderen van gedrag dan interventies die zowel van voorlichting als beloningen gebruik maken.	Kinderstoelgebruik in auto.
			Kinderartsen in opleiding	Studie naar de effecten van training op vaardigheden van artsen.	1 Speciale training: Cd-rom/website. Web site- leerboek over interviews en counseling, meeroken, preventie van het beginnen met roken, preventie van terugval naar de zwangerschap, stoppen met roken, andere vormen van tabaksgebruik. De website heeft ook www-links, een pagina met abstracts met recente artikelen. De Cd-rom bevat rollenspellen. Zij kregen ook ondersteuning bij het materiaal voor in de wachtkamer. 2. Standaard training: achtergrond informatie over klimische richtlijn, behandelen van tabaksgebruik en verslaving, een handleiding getiteld 'Clinical interventions to prevent tobacco.	Opleiding	Cd-rom/website	Alle artsen geven vaker aan dat ze iets met roken doen. De artsen met de speciale training lieten vaker significante positieve verschillen zien met wat ze eerst deden; vooral in het ondersteunen van ouders bij het creëren van een rookvrij huishouden, het geven van materialen over meeroken, preventie van roken en stoppen met roken, d en het ondersteunen bij het stoppen met roken.	

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
15	Horodysk i, & Stommel, 2005	Voeding educatie gericht op peuters (NEAT). 1. Intake, 4 groepslessen over voeding en 18 individuele activiteiten. 2. Controle groep zonder enige behandeling.	Families met een laag inkomen en een peuter van 11 tot 25 maanden zonder vastgesteld eetprobleem.	Het versterken van ouder-kind voedingsinterac tie ter bevordering van gezond eten.	use by children and Adolescents; en een artikel over de beste benadering voor tabakpreventie. Werving van families gebeurt via een 'Early Head start' (EHS) programma dat families kind-familie ontwikkelingsadvies aanbiedt. 1. NEAT - Intake: interview met een vragenlijst pakket waar alle zelf rapportage materialen in zitten, observaties tijdens een maaltijd en een 24 uur 'diet recall'. - Groepslessen: duren elk 90 min. en worden wekelijks aangeboden. Een groep bestaat uit 4-5 mensen. Instructeurs leiden discussies, laten videobeelden zien en geven praktijkgerichte leeractiviteiten. Daarna wordt de peuter erbij gehaald en wordt er voedsel, klaargemaakt en geproefd. - Individuele activiteiten vinden plaats na de lessen over een periode van 6 maanden. Voeding, het voeden, het opvoeden, en positieve interactie tussen ouders en peuter worden behandeld. Er worden 3 metingen verricht; een voormeting, een meting 4 weken na de groepslessen en 6 maanden nadat alle 18 individuele activiteiten zijn uitgevoerd.	- Intake gebeurt thuis bij de familie. - Groepslessen vinden plaats in een centrum van de EHS - Individuele activiteiten gebeuren thuis.	1. NEAT - Intake: Getrainde data verzamela ars - Groepsles sen: getrainde voedingsi nstructeur s van 'County Extension , programm a's. - Individue le activiteite n: getrainde EHS bezoekers	Ouders in de interventie groep hadden meer kennis over het voeden van peuters dan ouders in de controle conditie. Er werd geen gedragsverandering gevonden in de interventiegroep.	Voeding educatie

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
16	Hendricks et al., 2005	1. Veiligheidsinterventie met cultuurgevoelige huisbezoeken; counseling, bepaling van veiligheidsmaatregelen van de moeder en verstreking van veiligheidsitems. 2. Controle groep.	Plattelands bevolking in Texas met een meerderheid van Spaanstalige migranten.	Het verbeteren van het vermogen van moeders om veiligheid in huis te waarborgen.	Ouders krijgen bij de eerste twee metingen ieder \$10 en bij de laatste meting \$20. Transportkosten en kindopvang tijdens de groepslessen worden vergoed door EHS. 1. 3 huisbezoeken. 1 ^{ste} een week na de werving, 2 ^{de} na 1-2 weken en 3 ^{de} na 4-6 weken. Tijdens deze bezoeken: (1) kregen moeders begeleiding bij het plaatsen en corrigeren van veiligheidsitems, (2) worden optioneel foto's gemaakt van poses waarin moeders een gevaar / risico corrigeren. En (3) wordt een folder 'Safekids' uitgedeeld die het belang van het voorkomen van letsels onderstreept. 2. 2 bezoekjes thuis, 1 ^{ste} een week na de werving, 2 ^{de} na 6 weken.	3 huisbezoeken	Onderzoekers	Veiligheidsitems in combinatie met huisbezoeken die op maat gemaakt zijn naar de leeftijd van het kind en de cultuur van de moeder, zijn effectief. Moeders lieten na de interventie een hogere eigen doeltreffendheid zien op het gebied van veiligheidsgedragingen in het huis. Moeders met een hogere eigen doeltreffendheid en minder waargenomen obstakels, hadden minder risico's / ongelukken in huis.	Veiligheidsmaatregelen van moeder in huis.
17	Wennhall et al., 2005	1. Interventie: 2 klinische onderzoeken met interview + voorlichting, poets instructie en gratis fluoride tabletten en tandenborstels. 2. Referentiegroep	Ouders van peuters (2 jaar) die in een multiculturele en lage SES gebied wonen in Zweden.	Studie naar het effect van een mondgezondheidsprogramma.	Werving gebeurt via schriftelijke uitnodiging naar een centrum voor kindgezondheidszorg voor tandadviezen voor het kind van 18 mnd. 1. Voorlichting aan ouders en instructie voor tandenpoetsen. Ook worden er gratis fluoride tabletten uitgedeeld. Het programma vond plaats gedurende vijf verschillende leeftijden van het kind: 24 mnd; 27, 30, 33 mnd; 36 mnd. 1 en 2. Een klinisch onderzoek vond plaats	Faciliteit met uitgebreide dienstverlening voor ouder voorlichting. Klinische onderzoeken vonden plaats bij een tandarts.	2 speciaal getrainde tandarts assistenten.	Kinderen in de interventie groep aten minder tussendoortjes en frisdranken voor het slapen gaan. Ook had deze groep op 3 jarige leeftijd minder gaatjes, het percentage gaatjesvrije kinderen was 37% in de interventiegroep en 15% in de referentiegroep.	Voorlichting tandpoetsen en fluoride gebruik.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
18	Albright et al., 2005	: 2 klinische onderzoeken met interview. 1. Email en telefoon counseling conditie; telefoon gesprekken met counseling + informatie + feedback via nieuwsbrieven via de mail. 2. Email support conditie; nieuwsbrieven via de mail.	Etnische minderheden (vrouwen) met een lage SES, die een zittend leven leiden en meedoen aan een door de regering gefinancierd beroepsstraining programma.	Het bevorderen van lichamelijke beweging onder vrouwen met een lage SES ter voorkoming van hartklachten/fal en diabetes type 2.	op de nulmeting en een jaar later. Hier werden ouders geïnterviewd aan de hand van vragenlijsten en kregen ze een boekje met illustraties en foto's. Werving van de vrouwen verliep via beroepsstrainingprogramma op locaties voor volwassenenonderwijs. Alle vrouwen kregen de IMPACT (Increasing Motivation for Physical Activity) lessen; 8 lessen gedurende 2 maanden, 1 uur per week, waarin vrouwen worden gemotiveerd meer te bewegen. Dit programma is cultuurgevoelig en op maat gemaakt voor de Latino populatie. Klinische onderzoeken en beoordelingen werden uitgevoerd 10 weken na aanvang van de lessen, 6 maanden na de lessen en 12 maanden. 1. Via de telefoon (wekelijks, 4 weken lang) en email (maandelijkse nieuwsbrieven), krijgen de vrouwen korte gestructureerde counseling. Daarnaast krijgen ze een stappenteller met feedback en een whiteboard om hun scores op bij te houden. 2. Maandelijks kregen de vrouwen nieuwsbrieven met een zelftest gericht op barrières. Ook zij krijgen een stappenteller, maar geen feedback.	Thuisbasis	Onderzoeksassistent en	Na 10 maanden was het energie verbruik van de vrouwen in de email+telefoon counseling conditie significant groter dan de vrouwen in de email support conditie	Het vergroten van lichamelijke beweging.
19	Campbell et al., 2004	Lage versus hoge risico	Ouders met een laag inkomen,	Het onderzoeken	Werving verliep via de 'Two head Start' programma's (dit programma is uitsluitend	Ruimtes waar de	Getrainde lokale	Bij ouders met een lees niveau lager dan groep 8,	Onderzoek naar de

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediar	Effect	Onderwerp
		informatie m.b.t. het geven van consent voor een onderzoek met hun kinderen + 1. originele geschreven formulieren 2. verbeterde formulieren (makkelijker taalgebruik) 3. video met gesproken boodschap 4. Powerpoint presentatie op computer	een kind jonger dan 10 jaar of alleenstaande ouders.	van de meest effectieve manier van informatie overdracht aan laag geschoolde ouders en het benadrukken dat risicovolle info minder goed wordt begrepen.	voor lage SES families). Er zijn 8 verschillende condities; 4 met lage risico informatie (consent geven voor info verzamelen over kinderen met laaggeboortegewicht) en hoge risico info (het plaatsten van een implantaat bij het hart die de persoon helpt terwijl deze op een hart wacht). 1. originele geschreven formulieren 2. verbeterde formulieren (makkelijker taalgebruik) 3. video met gesproken boodschap, lezen is niet nodig. 4. PowerPoint presentatie op computer die in eigen tempo bekeken kan worden.	programma's van 'Two Head Start' plaatsvinden. Geen klinische settings	data verzamelaars van de 'Two head start' programma's.	bleek de verbeterde schriftelijke versie (2) beter te werken dan de video of de computerversie; ouders herinneren zich meer informatie. In alle condities werd de lage risico informatie beter onthouden dan de hoge risico informatie.	mate van begrip en geheugen van hoge risico vs. lage risico informatie via verschillende formaten.
20	Fossum, Arborelius, & Bremberg, 2004	1. Interventie; counseling methode 'Rookvrije kinderen' + verpleegsters (CHN: child health nurses) die een training kregen. 2. Controle conditie;	Ouders in Zweden die roken met pasgeboren baby's.	Het evalueren van een counseling interventie 'Rookvrije kinderen'.	Werving van de ouders ging via de gezondheidscentra in verschillende gebieden waar de counseling methode 'Rookvrije kinderen' wordt gegeven. Het rookgedrag van ouders met baby's van 1-4 weken oud moet in Zweden geregistreerd worden door de CHN's. Cotinine levels werden opgenomen voor de geboorte en wanneer het kind 3 maanden is. 1. De verpleegsters die de counseling geven, kregen een 2-daagse training en een follow-up sessie waarin rollenspel (op	Thuis en in gezondheidscentra.	Verpleegsters (Child Health Nurses) die de counsellor g van de 'rookvrije kinderen' methode.	Het level van cotinine van ouders in de interventie conditie was omlaag gegaan, terwijl het level van cotinine in de controle conditie ophoog was gegaan. Uit de zelfreports bleek juist dat ouders in de interventieconditie aangaven meer te roken dan ouders in de controle conditie.	Evaluatie van 'klant gerichte' counsellor g ter bevordering van een rookvrije omgeving voor het kind.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediar	Effect	Onderwerp
		counseling methode 'Rookvrije kinderen' + verpleegsters zonder de training.			video) en het geven van feedback behandeld werden (als doel het versterken van de ouders' eigen doeltreffendheid) . CHN's moesten na elke counseling met een ouder een vragenlijst invullen over: of de ouder een vragenlijst invullen over: of de ouder heeft gerookt in de nabijheid van het kind, of de moeder veranderingen heeft voorgesteld in het rookgedrag en mogelijke doelen. 2. Verpleegsters kregen geen training.				
21	Apsler et al., 2003	1. Kinderen op de hoogte brengen van het curriculum. 2. Ouders voorlichten over de noodzaak van kinderstoelgebruik in de auto.	Ouders met lage SES	Het verhogen van kinderstoel gebruik in lage SES families.	Ouders zijn via dagzorginstellingen gewonnen. 1. Kinderen op de hoogte brengen van het curriculum. 2. Ouders voorlichten over de noodzaak van kinderstoelgebruik in de auto. Ook kregen de ouders die meededen met de training gratis kinderstoeltjes en parkeer kaarten met daarop nogmaals de noodzaak van een kinderstoel. In 7 dagcentra werd benadrukt dat het wettelijk verplicht is een stoeltje te	Dagzorg centra	Getrainde dagzorg medewerkers	Na de interventie was het stoelgebruik verhoogd van 3% naar 38% en het niet gebruiken van de stoel verlaagd van 56% naar 26%. Het benadrukken van wettelijke verplichtingen en financiële tegemoetkomingen hadden geen toegevoegde waarde.	Kinderstoel gebruik in de auto.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
22	Winickoff et al., 2003	Evaluatie van het 'Stop Tobacco Outreach Program (STOP)' in een ziekenhuis setting.	Ouders wiens kind is opgenomen in het ziekenhuis voor ademhalingsproblemen.	Evaluatie van de implementatie van een 'stoppen met roken' programma in een ziekenhuis setting.	Ouders die in de wachtkamer zaten voor hun kind werden gevraagd deel te nemen aan STOP; - een motivatie gesprek, counseling (20 min.) - schriftelijke materialen over roken op maat gemaakt n.a.v. eerste motivatiegesprek. - 1 week gratis nicotine vervangers (kauwgum of pleisters). - 2 follow-up telefoongesprekken / counseling van 15 minuten, 5 en 10 dagen na het motivatiegesprek en na 2 maanden. - brief aan de huisarts met stadia van roken. - verwijzing naar Massachusetts 'Smoker's Quitline' voor onophoudelijke counseling.	Motivatiegesprek vond plaats in het ziekenhuis. De rest van de interventie vond thuis plaats.	Counselors	56% deed mee aan de studie, waarvan 80% alle counseling heeft gevolgd. Na 2 maanden gaf 49% aan geprobeerd te hebben stoppen dat langer duurde dan 24 uur. 21% gaf aan de laatste 7 dagen niet gerookt te hebben en 27% gaf aan nicotinevervangers te hebben gebruikt. 38% had een afspraak gemaakt bij de eigen huisarts. De mate waarin ouders regels hebben opgelegd die verbieden in huis te roken is verhoogd van 29% naar 71%.	Stoppen met roken programma uitgevoerd in ziekenhuis.
23	Kelly et al., 2003	1. Videogroep die de video 'Making the right call: the Poison Control Centre' te zien kregen. 2. Reguliere voorlichting in een 'Woman,	Ouders met lage SES (voornamelijk Spaanstalige gezinnen) met kinderen jonger dan 6 jaar die ingeroosterd waren voor een WIC	Evaluatie van een video-interventie ter bevordering van het gebruik van PCC's (Poison Control Centers) die telefonisch advies geven	Deelnemers vulden een vragenlijst in op 3 tijden; nulmeting, 2 en 4 weken later, gevolgd door een telefonisch interview. Zij ontvingen \$10 voor de eerste vragenlijst en deelname aan de voorlichting en nog \$10 na het afronden van het telefonische interview. De eerste vragenlijst werd in de klas voorgelezen, omdat het leesniveau zeer laag is. De 2 ^{de} en 3 ^{de} werden telefonisch afgenomen.	In 2 verschillende WIC centra in Noord California.	Onderzoekssistenten en WIC-medewerkers.	De groep die de video heeft gezien, laat een verhoging in kennis van PCC, openingstijden en kwalificaties van werknemers, zien. Ze voelden zich zelfverzekerder ten aanzien van het spreken met PCC en het aannemen van aanbevelingen van PCC. Ze	Een video interventie ter bevordering van het gebruik van PCC's (Poison

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
24	Bos JPMJ 2002	1 Gezinnen met een slecht leesklimaat krijgen het Boekenpreprogramma.	Gezinnen met een slecht leesklimaat.	Effect van boekenpre op leesklimaat.	Eerste jaar twee wekelijks bezoek van een boekenpre wijkverpleegkundige iedere twee weken. Naast informatie uit Opgroeiboekje krijgen ze een aantal babyboekjes en cassettebandjes met liedjes, Groepsbijeenkomsten op het wijkbureau. Tweede jaar alleen begeleid door middel van groepsbijeenkomsten.	Huisbezoeken en bijeenkomsten wijkbureau.	Getrainde wijkverpleegkundigen	De gezinnen die deelgenomen hebben aan het programma hebben na het programma een significant betere kwaliteit van het literaire gezinsklimaat. Ook is na het langere termijn effect gekeken. Het positieve effect op gezinsklimaat bleek nog steeds merkbaar.	Voorleesgedrag
25	Hanrahan-Cahuzak, M. 2002	1. Interventiegroep: moeders die CB bezoeken krijgen Moeders Informeren Moeders.	Moeders met een eerstgeboren kind.	Effectevaluatie naar effect MIM op geestelijke gezondheid moeder, gezondheid kind, competentie	1. Tijdens de bezoeken worden op initiatief van de interventie moeder allerlei onderwerpen besproken die voor haar van belang zijn. De discussie tussen de moeders wordt gevoerd door een beeldverhaal. Dit zijn tekeningen, in de vorm van een strip, van herkenbare situaties over de ontwikkeling, verzorging en opvoeding van kinderen. Er zijn zeven categorieën	Huisbezoeken	Moeder met vergelijkbare achtergrond.	Geen effect op de geestelijke gezondheid van de moeder. Kleine toename van de competentie bij het opvoeden en de tevredenheid met het consultatiebureau Algemene gezondheid moeder beter. Baby's kregen vaker borstvoeding en aten meer	Geestelijke gezondheid en competentie moeder en

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
26	Wakefield et al., 2002	2. Controlegroep: moeders die hetzelfde CB bezoeken 3. Moeders die een ander CB bezoeken. 1. Interventie groep; feedback over cotinine levels aanwezig in de urine van het kind, folders met info en 2. telefoongesprekken die een rookverbod in huis stimuleren. 2. Reguliere zorg.	Ouders (waarvan in ieder geval één roker) met lage SES en een kind met astma tussen de 1 en 11 jaar die een 'pediatric outpatient clinic' bezoeken.	moeder, tevredenheid CB.	gespreksonderwerpen: sociaal-emotionele ontwikkeling, denken, taal, lichamelijke ontwikkeling, voeding, spelen en veiligheid. Deze thema's zijn verwerkt in 48 verschillende beeldverhalen. De thema's zijn gelijk aan die van het consultatiebureau voor zuigelingen. 2.3 Krijgen standaard begeleiding via CB. 1. Ouders ontvangen een brief met feedback over de level van cotinine in de urine van het kind. Ook werd er minimale op maat gemaakte feedback gegeven t.a.v. aangegeven verbod op roken in het huis. Een boeklet die de risico's van meer roken door een kind met astma bespreekt en mogelijke manieren om niet te roken in huis en auto, werd meegestuurd. De ouder werd gebeld één week na ontvangst van de brief en een maand erna om de ouders extra te stimuleren en adviseren. 2. Ouders ontvangen regulier advies over roken van verpleegsters en artsen.	Thuis via brieven en telefoongesprek ken.	Onderzoeksassistenten	Na 6 maanden had 49% van de interventie groep roken uit de woonruimte gebannen tegen 41,9% van de controle groep. Bij de follow-up werden geen verschillen gevonden tussen de groepen.	Roken en meer roken van kinderen met astma.
27	Emmons et al., 2001	Project KISS (Keeping Infants Safe From Smoke) 1. Motivatie interview (MI) conditie	Ouders met een lage SES die roken en kinderen hebben jonger dan 3 jaar en zijn gewonnen via de basiszorg	Vaststellen of een motivationele interventie gericht op rokende ouders, het passief roken van gezinsleden kan	1. MI conditie bestaat uit een motivatie interview van 30-45 minuten en 4 follow-up telefonische counseling gesprekken (van ieder 10 minuten). De interventie was op maat gemaakt naar de doelen van de ouders; stoppen met roken of meer roken door kind verminderen. Ouders kregen feedback over nicotinelucht en koolstofdioxide levels in hun huis, dat vastgesteld werd tijdens het	Thuis	1. Getraaide gezondheidsvoorlichters. 2. Via de mail.	Na 6 maanden was het nicotine level in huis van de MI groep significant lager dan de SH groep. Trends zijn gevonden tussen nulmeting en follow-up metingen voor beide groepen; in de MI groep is het level nicotine omlaag gegaan over tijd en in de SH	Het verminderen van meer roken van kinderen in gezinnen met lage

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
		2. Zelf hulp (SH) referentiegroep		vermindern.	eerste bezoek. 2. SH conditie ontvingen via de email een 'stoppen met roken' handleiding, een stencil met tips hoe je passief roken kan verminderen en een hulpmiddel handleiding. Een passieve verspreidingsmonitor heeft het nicotine level in het huis gemeten en teruggekoppeld tijdens een follow-up. Follow-up is gedaan na 3 en 6 maanden.			is het nicotine level omhoog gegaan. Echter beide trends zijn niet significant.	SES
28	Hovell et al., 2000	1. Counseling-groep 2. Controle-groep	Moeders met een lage SES en kinderen jonger dan 4 jaar die hun kind blootstellen aan rook in huis.	Effectstudie van een gedragscounseling ter vermindering van het meerroken door jonge kinderen.	Na 9 maanden screenen in WIC centra zijn gezinnen benaderd, die in het WIC centrum een voedingsadvies kregen en gevraagd mee te doen aan de studie. Deze gezinnen kregen tussen de \$60-\$90 voor hun deelname. Follow-up metingen/interviews werden gedaan na 3, 6 en 12 maanden. 1. 7 counseling sessies zijn gegeven verspreid over 3 maanden. De counselsessies duurde 12-28 minuten. In de eerste sessie werden lange termijn doelen gesteld die in de sessies erna werden aangehaald. ' No Smoking ' stickers werden uitgedeeld als cue in huis. 2. Controle groep kreeg het reguliere voedingsadvies programma in het WIC centrum en een kort advies te stoppen met roken en te stoppen met hun kinderen te laten meerroken.	1. 3 counseling sessies zijn thuis uitgevoerd en 4 over de telefoon.	1. Eindejaars studenten met 20 uur training en actieve begeleiding deden de counseling sessies.	Het verslag van de moeders over het aantal sigaretten dat gerookt was in de counseling groep was 27 op de nulmeting, 4,5 na 3 maanden en 3,7 na 12 maanden. In de controle conditie waren deze aantallen: 24,6; 12,1; 8,4. De verschillen tussen de groepen over tijd waren significant. Het level cotinine in de urine van het kind verminderde enigszins in de counseling groep en vermeerderde in de controle groep.	Het verlagen van blootstelling van kinderen aan rook in huis in lage SES gezinnen.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
29	Kowash et al., 2000	1. DHE (Dental Health Education) gericht op een dieet. 2. DHE gericht op mondhygiëne-instructies (OHI) met gebruik van fluoride tandpasta. 3. DHE d.m.v. dieet en OHI. 4. Iden groep3, minder frequent 5. Controle-groep zonder DHE.	Moeders met kinderen die wonen in een lage SES wijk waar kinderen veel gaatjes hebben (Leeds, UK).	Effectstudie van een mond-gezondheidsvoorlichtingsprogramma.	Moeders werden direct benaderd via OPCS (Office of Population Statistics). Groep a,b en c kregen DHE d.m.v. gestructureerde interviews en counseling dat 15 minuten duurde, elke 3 maanden in de eerste twee jaar en 2 keer in het derde jaar. Groep d kreeg de DHE en OHI 1 keer per jaar gedurende de drie jaar. Elk jaar werden alle kinderen onderzocht op gaatjes e.d. (behalve de controlegroep, die werd alleen na de drie jaar onderzocht).	Thuis bezoeken	Getrainde mond-gezondheidsvoorlichters	In de interventiegroepen (a-d) was het aantal gaatjes bij kinderen (en hun moeders) aanzienlijk minder dan in de controlegroep. In de interventiegroepen had geen enkel kind gaatjes na drie jaar (2 kinderen in groep a) tegen 18 kinderen in de controle-groep met gaatjes na drie jaar.	Een mond-gezondheid interventie.
30	Serwint et al., 1996	1. Interventiegroep; afspraak met kinderarts vóór de geboorte van het kind. 2. Er werd geen afspraak gepland vóór de geboorte.	Zwangere vrouwen (tussen 8-28 weken) met een lage SES.	Evaluatie van de bezoeken (met counseling) aan de prenatale kinderafdeling.	Vrouwen die zich wilden inschrijven bij een kinderarts, werden gevraagd mee te doen aan het onderzoek. 1. Een afspraak vóór de geboorte met een kinderarts werd via de mail verstuurd. Deze moest plaatsvinden tussen 32-36 weken zwangerschap. Vrouwen werden 24-48 uur voorafgaand aan de afspraak gebeld ter herinnering. 2. Geen afspraak aangeboden vóór de geboorte van het kind.	In de kliniek	Kinderarts	Van de moeders die borstvoeding gaven, zijn 45% van de interventiegroep en 14% van de controlegroep positiever geworden over het geven van borstvoeding. Moeders in de interventiegroep kwamen minder vaak voor noodgevallen. Ook had de arts meer het gevoel de	Bezoek aan kinderarts vóór de geboorte van het kind ter bevordering van gezond gedrag

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
31	Fitzgibbon et al., 1996	1. Actieve interventie; ouderlijke steun d.m.v. 11 groepslessen. 2. Controle-groep; wekelijkse folder met gezondheids-informatie en voeding.	Spaanstalige moeders en kind tussen 7-12 jaar oud met een laag inkomen, die een taalcursus volgen.	Effectstudie van een interventie ter vermindering van de risicofactoren van kanker.	Alle vrouwen een afspraakkaart en een welkomstbrief met naam en telefoonnummer van de gekozen kinderarts. Een brochure met gepaste gezondheidszorg werd meegestuurd. Families die een taalcursus volgen, werden gevraagd mee te doen aan de studie. Voor en na metingen bestaan uit vragenlijsten en worden in beide groepen uitgevoerd. 1. In 12 weken volgen moeders 11 lessen van 1 uur (moeder en kind kregen \$5 per les), die gericht zijn op het vergroten van kennis en het aanmoedigen van het eten van minder vet en meer granen. Deze lessen zijn cultuur specifiek (gelet op Mexicaans eten). Beoordelingen (\$20 voor moeder en \$10 voor kind) en een gezondheid screening moesten worden uitgevoerd. 2. Standaard folders over gezond gedrag en voeding werden wekelijks via de mail en per post verzonden naar de moeders.	Locatie van de taalcursus.	?	Ouderlijke steun (interventiegroep) is gerelateerd aan veranderingen in eetgedrag, kennis over voeding en aanwezigheid in de les. In de controleconditie hebben de folders gezorgd voor een toename in kennis over voeding. Hier werden geen veranderingen in eetgewoontes gevonden.	Interventie ter bevordering van gezond eten in een groep Spaanstalige moeders met een lage SES.
32	Sciaccia et al., 1995	1. Interventiegroep: partner support en een op stimulans gebaseerd voorlichtingsprogramma. 2. Gebruikelijk borstvoedingsprogramma.	Zwangere vrouwen die meedoen aan een speciaal voedingsaanvullings programma in het WIC centrum.	Effectstudie naar een interventie ter bevordering van het geven van borstvoeding.	Vrouwen werden geworven in het WIC centrum onder vermelding bij de interventiegroep dat voor deelname de vrouwen en partners verschillende producten zouden ontvangen. 1. Basis programma; (1) 5 sessies van 1 uur waarin vrouwen worden voorbereid op de geboorte, (2) Attenderen op een programma voor verhuur van een borspomp, (3) T-shirts met borstvoedingberichten voor	WIC (Woman, Infants and Children) centrum	Voorlichtingsmedewerkers	De interventiegroep ondervond positieve veranderingen ten aanzien van kennis en attitudes over borstvoeding. Vrouwen, onafhankelijk van de intentie, gaven vaker borstvoeding na de interventie. Partners in de interventiegroep gaven meer steun dan de partners in de	Interventie ter bevordering van het geven van borstvoeding.

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
					<p>vrouwen die borstvoeding geven, (4) Introductie in het Bosum Buddy programma waar WIC moeders als rolmodel kunnen dienen and (5) 15 minuten voorlichting over het geven van borstvoeding. + Interventie; (1) Vrouw met partner krijgt een 2 uur durende les over borstvoeding, waarin angsten van beide worden besproken (vrouwen die meedoen, ontvangen een tas vol met baby spullen en een borstpomp, de partners krijgen 2 kaartjes voor een voetbalwedstrijd), (2) extra stimulans om mee te doen aan de 5 sessies uit het basisprogramma werd gegeven in de vorm van gratis lunch, tegoedbonnen in kledingzaak, gratis knipbeurt e.d., (3) vrouwen kregen automatisch een Buddy toegewezen en werden beloofd met luiers wanneer ze een afspraak maakten met deze buddy, (4) Zelf report over het geven van borstvoeding na 3 en 6 maanden (vrouwen die na 3 maanden borstvoeding gaven, kregen een tas vol luiers). 2. Alleen het basisprogramma.</p>			<p>controlegroep.</p>	

B Overzichts- en verkennende studies

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
1	Robinson et al., 2007	Dit artikel geeft alleen informatie over baseline gegevens van een interventie ter vermindering van gewichtstoename.	Afrikaans-Amerikaanse meisjes (van 8-10 jaar) met hun ouders in gebieden met lage inkomens	Een overzicht van het design en baseline gegevens van de Standford GEMS (Girls Enrichment Multi-site Studies)	De GEMS wordt gebruikt (en nu getest) bij de werving van de doelgroep voor een interventie gebaseerd op de gemeenschap en familie ter vermindering van gewichtstoename onder Afrikaans - Amerikaanse meisjes.			De interventie die is/wordt uitgevoerd, wordt hier niet besproken. Allen baseline gegevens zijn gepresenteerd. Resultaten over de interventie kunnen zeer informatief zijn dus afwachten wanneer dit gepubliceerd wordt.	GEMS gebruik bij werving voor gewichtsvorming interventie
2	Atkinson et al., 2007	Verkennend onderzoek d.m.v. 1. telefonische interviews geassisteerd door de computer 2. focus groepen	Moeders met laag inkomen, die voedingsbonnen ontvangen en kinderen hebben op de basisschool.	Onderzoeken wat de visie van moeders is over hun behoefte aan advies over voeding, lichamelijke beweging en technologie.	D.m.v een landelijke database (Maryland Department of Human Resources) zijn gegevens van deze moeders opgevraagd. De sociale dienst (departement of social services) hielp bij de werving (een baan ontwikkelaar en een voedingsbonnen werker werden ingezet). 1. Telefonisch interview (N = 146) bestaande uit 130 vragen, aangaande voeding, lichamelijke inspanning, technologie, en informatie voorziening (duurde ± 15 min). 2. focus groepen (N = 56), waarin voeding, lichamelijke beweging en technologie	1. Thuis 2. Locaties van de gemeenschap zoals, bibliotheken, non-profit centra en de Health departement.	1. Getrainde telefonische interviews 2. Onderzoekers samen met getrainde moderator en	De moeders hebben behoefte aan en zijn geïnteresseerd in een interventie die on-line gegeven wordt over voeding, lichamelijke beweging en het behouden van een voedingsbudget.	Voeding, lichamelijke beweging en technologie

3	Winston, Erkoobi, & Xie, 2007	Verkennde studie naar de redenen waarom ouders vroegtijdig met het riemgebruik (in de auto) van hun kind stoppen.	Ouders met een laag opleidingsniveau	Het identificeren van interventies die het gebruik van een kinderstoel in de auto bevorderen.	gerelateerde vragen werden gesteld. Stap 1: 10 focus groepen waarin barrières, voordelen en angsten van ouders worden achterhaald over het gebruik van een kinderstoel in de auto. 2: 20 focusgroepen waarin de reactie op nieuwe interventies (ontwikkeld a.h.v. vorige focusgroepen) achterhaald worden.	?	notulisten.	Ouders waren gemotiveerd door interventies die duidelijke en concrete informatie gaven over het gebruik. Ook gaven ze voorkeur aan 'echte' verhalen waarin het voorkomen van zwaar letsel dat een kind op liep, uitgebreid wordt besproken.	Het correct positioneren van de riem in een kinderstoel voor de auto
4	Noar et al., 2007	Meta-analytisch review over schriftelijke 'tailored' op maat gemaakte interventies die als doel hebben het veranderen van gezondheidsgedrag.	n.v.t.	Hoe effectief zijn op maat gemaakte interventies en voor welke onderwerpen, doelgroepen, materialen e.d. zijn ze het meest geschikt aangezien het een dure methode is?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Het sterkste effect wordt bereikt met: (1) interventies gericht op preventie of screening, (2) flyers, kranten of magazines (met plaatjes), (3) meer dan een keer contact, (4) deelnemers komen niet uit US, (5) korte periodes tussen interventies en follow-up, (6) werving loopt via huishoudens i.p.v. klinieken, (7) op maat gemaakt gebaseerd op 4-5 theoretische concepten, gedrag en demografische aspecten, (8) maakt gebruik van een gedragstheorie, zoals TPB, SCT en TTM.	Het effect van op maat gemaakte interventies
5	Spittaels & De Bourdeaudhuij, 2007	1. brochures 2. korte vragenlijst 3. On-line	Ouders van kinderen in de kleuter/basisschool in België.	Achterhalen welke kenmerken participanten	1. Brochures met de vraag of men mee wilt doen aan een lichamelijke activiteiten programma + advies op maat (respons kaart) kwamen bij ouders terecht dmv hun	1. Brochures worden op school uitgedeeld.	1. Onderzoekers 2. Onderzoekers	Moeders tonen meer interesse en doen eerder mee dan vaders. Hoge SES en werkzaam	Een op maat gemaakte lichaamelij

6	Porr, Drummond, & Richter, 2006	Literatuur onderzoek	Moeders met een laag inkomen	beziitten. Welke mensen zullen eerder meedoen aan een on-line onderzoek?	kind. 2. 2000 korte vragenlijsten om kenmerken van (niet)deelnemers te achterhalen werden ingevuld door scholieren (kinderen van de deelnemers) 3. Via internet vanuit huis konden ouders een on-line assessment doen.	2. Vragenlijsten werden ook op school uitgedeeld. 3. Assessment werd thuis achter de computer gedaan.	Onderzoekers 3. Internet	waren gerelateerd met interesse, maar niet met deelname aan het programma.	ke activiteiten programma op de computer.
7	Taveras et al., 2006	6 focus groepen	Ouders met laag inkomen waarvan de kinderen naar de kinderopvang gaan en verzorgers die werken bij de kinderopvang.	Het vaststellen van succesvolle strategieën, barrières en stimulators om de gezondheid van kinderen die in settings voorafgaande aan de kleuterschool zitten, te bevorderen.	Werving van verzorgers verliep via brieven en follow-up telefoontjes, werving van ouders door folders en opgeef formulieren via de opvangcentra. - Structurele discussies die begonnen met een 'open' vragen - 90 min per focus groep - discussie opgenomen op tape. Ouders en verzorgers kregen \$40 voor hun bijdrage.	n.v.t.	n.v.t.	“Geef moeders gereedschap waarmee ze de nodige kennis en vaardigheden kunnen hanteren om controle te krijgen over hun leven en de gezondheid van hun kinderen”.	Gezondheids literacy
8	Trifletti et al., 2006	Ontwikkeling van materialen ter bevordering van	Ouders met een laag begrip voor taal in een stedelijke wijk	Beschrijving van de ontwikkeling van methoden	?	?	Professionele moderator en	Groepsdiscussies en 'peer' education die cultureel- en taalgevoelig zijn zouden succesvolle strategieën kunnen zijn volgens de ouders en verzorgers.	Gezondheidsbevordering van kinderen van ouders met laag inkomen.
								Advies om bij de ontwikkeling van methoden ter bevordering van letselpreventie stil te staan bij	Niet van toepassing op huidig

	letse/preventie.	met lage inkomens	voor mensen met een laag begrip van taal.		Dagopvang centra in Chicago	Getrainde groepsleiders die eenzelfde handleiding gebruiken	leescapaciteit / niveau van de ouders en inhoud van de materialen.	onderzoek
9	Garvey et al., 2006 Preventieve oudertraining. 1. Vragenlijsten en videofragmenten van ouder-kind spel sessies.	Families met kinderen tussen de 2-4 jaar met een laag inkomen	Beschrijvend onderzoek dat laat zien hoe de deelname van ouders is bij een preventieve oudertraining voor lage inkomens families.	1. 11 weken, 2 uur durende groepsessies, waarin ouders videofragmenten te zien krijgen en bespreken die betrekking hebben op alledaagse situaties van ouders met jonge kinderen. Twee maanden later krijgen de ouders een opfrissessie. 4 metingen zijn afgenomen; nulmeting, na de interventie, na 6 maanden en na één jaar. Ouders die alle 4 de metingen hebben meegedaan krijgen \$120. Kinderopvang, avondeten en taxiriten worden betaald.	Deelname van ouders hangt samen met: (1) aanwezigheid bij de nulmeting (2) de mate van eigen doelmatigheid van de ouders, (3) de mate waarin ouders aangeven dat hun kinderen meerdere gedragsproblemen hebben. De resultaten suggereren dat deelname afhangt van de behoefte van de ouder voor hulp en de aanwezigheid van de ouder op de eerste bijeenkomst.	Deelname van ouders aan een preventieve oudertraining.		
10	Polivka et al., 2006 Vaststellen hoe ouders informatie over loodvergiftiging het liefst ontvangen.	Ouders met kinderen tussen de 1-2 jaar oud met laag inkomen, die ingeschreven zijn bij Medicaid.	Behoeft analyse naar de manier van het ontvangen van informatie over loodvergiftiging	Vragenlijsten werden rond gemaak onder de deelnemers.	Thuis via computer	Folders en discussies met gezondheidsmedewerkers hebben de voorkeur. Onder minderheidsgroepen zijn vooral video's, billboards thuisbezoeken geliefd.	Informatie overdracht over loodvergiftiging.	
11	Choi, Starren, & Bakken, 2005 Alle deelnemers krijgen dezelfde informatie mogelijkheden.	Families met een slechte gezondheid en een laag begrip van computers	Het ontwikkelen en implementeren van educatie mogelijkheden via de computer	1. Demografische informatie 2. Klinische info zoals medicatie, steun voor de familie en het voorbereiden op het ontslag van de baby. 3. Evaluatie met een korte quiz met 'waar' en 'niet waar' opties.	Een kleine ruimte binnen de intensive care voor baby's (NICU).	Computer	Geeft voorwaarden voor het gebruik van een touch screen, namelijk dat het belangrijk is meteen feedback te geven wanneer een 'touch' is geregistreerd. Naast de 3-D	Touch screen gebruik

12	Fowles, Hendricks, & Walker, 2005	Het identificeren van gezonde eetgewoontes. Geen interventie.	Zwangere vrouwen met lage SES die voedingsbonnen ontvangen	/ internet om zo het begrip te vergroten ten aanzien van de nieuwe baby. Zie interventie.	6 kleine groepen zijn geïnterviewd en opgenomen	Ruimtes waar zwangerschaps klassen gehouden worden	Interviews / onderzoek assistenten	/ knop zijn geluidsresponse ook nodig (het horen van een 'click' bij aanraking van het touch screen).	Geen interventie.
13	Kind et al., 2005	Een beschrijvende studie d.m.v. vragenlijsten.	Ouders met een lage SES met kinderen op de pediatrische	Een beschrijving van het gebruik en toegang van internet en computers om gezondheidsinformatie te vinden onder lage SES ouders.	Een vragenlijst is afgenomen, waarin ouders gevraagd worden naar hun toegang en gebruik van internet en computers.	Wachtkamer van de pediatrische in gezondheidscentra voor de lage SES gemeenschap	Getrainde onderzoek assistenten.	58% heeft een computer en 41% heeft internet thuis. 52% gebruikt internet voor het zoeken van gezondheidsgerelateerde informatie. 93% vindt dat er waardevolle gezondheidsinformatie te vinden is op het internet. 92% zou hierover willen praten met een professional.	Het bereik van gezondheidsinformatie via het internet onder ouders met een lage SES.
14	Brown et al., 2004	1. 2 seminars over astma 2. Geen onderwijsprogramma	Kinderartsen die kinderen uit families met lage SES behandelen.	Onderzoeken of de seminars ook een positief effect hebben op kinderen uit families met lage SES.	1. Seminars werden gegeven in 2 sessies van 2-3 uur beide. Patiëntenvoorlichting en preventie werden besproken. Binnen 22 maanden na de seminar werden bezoeken aan de arts gevolgd door een interview met de ouder. Kinderen werden gedurende 12 en 24 maanden gevolgd.	Afdeling pediatrische	Kinderartsen	Er zijn geen significante verschillen tussen beide groepen gevonden. Wel werden de kinderen in de seminar conditie minder vaak opgenomen bij een eerste hulp of ziekenhuis.	Vergroten van kennis en vaardigheden van de kinderartsen om zo kinderen uit lage

15	Crone et al., 2003	Effectstudie d.m.v. vragenlijsten.	Alleen de moeders van baby's van 0-10 maanden zijn opgenomen in de effectstudie.	Een effectstudie naar het voorlichtingsprogramma 'Roken? Niet waar de kleine bij is'.	Via thuiszorg instanties zijn ouders geworven om een vragenlijst in te vullen. Het programma 'Roken? Niet waar de kleine bij is' bestaat uit een folder voor de ouders en een handleiding voor gezondheidsprofessionals (met 5 stappen om op maat gemaakte voorlichting te kunnen geven).	Vragenlijsten konden thuis ingevuld worden	Gezondheidsmedewerkers	De mate waarin ouders roken waar de kleine bij is, was verminderd van 41% naar 18% na de uitvoering van het voorlichtingsprogramma.	SES families beter te kunnen begeleiden.
16	Schwartz et al., 2003	2 focus groepen over gifpreventie	Ouders met een lage SES die meedoen aan het WIC (Woman, Infants and Children) programma en kinderen hebben jonger dan 5 jaar.	Achterhalen door middel van focus groepen welke barrières ouders ondervinden ten aanzien van het bellen naar de NYC PCC hotline (New York Poison Control Centre) wanneer zich iets voordoet.	Ouders zijn geworven via wachkamers in het ziekenhuis die kwamen voor het WIC programma. Ouders die meededen kregen \$10 en een gratis lunch. De focus groepen bestonden uit 90 minuten durende discussies. Na afloop kregen ouders een 15 minuten durende video te zien over gifpreventie en kregen ze info en telefoonstickers mee.	Het Bellevue ziekenhuis in New York City	Onderzoekers	Ouders gaven aan dat ze eerder 911 zouden bellen dan de NYC PCC wanneer volgens hun het kind in gevaar zou zijn, omdat ze meer vertrouwen hebben in artsen, en willen dat er iemand naar hun huis komt.	Focus groepen t.a.v. gifpreventie.
17	Wimickoff et al., 2003	Vergelijkend onderzoek binnen zorgsettings.	Gezinnen werden random gebeld, maar er is uiteindelijk	Vaststellen en vergelijken hoe de voorlichting over roken en	Verschillende vragenlijsten ('the Social Climate Survey of Tobacco Control') werden afgenomen via de telefoon. Deze meet overtuigingen, gedragingen en kennis	Thuis via de telefoon	Onderzoekers	62% van de kinderen was het afgelopen jaar bij een kinderarts geweest en 38% bij een huisarts. Ongeveer de	Voorlichtingsmogelijkheden vergelijkbaar

18	Percy, & McIntyre, 2001	Effectstudie van een cursus kind ontwikkeling van één semester op een alternatieve middelbare school die tienermoeders opvangt.	Tienermoeders / zwangere tienermeisjes van 15-19 jaar met een laag inkomen.	Effectstudie naar een interventie die het zelfvertrouwen van tienermoeders op het gebied van opvoeding wil vergroten.	Moeders/zwangere tienermeisjes die zich hadden opgegeven voor de cursus werden benaderd om mee te doen aan de studie. De cursus duurt één semester en duurt iedere week 1 uur (15 weken lang). Opvoedingscompetentie vragenlijsten werden de eerste en laatste les ingevuld. De deelnemers krijgen cadeaubon van \$ 10. Tevens zorgt de school voor kinderopvang. De lessen bestaan voor het grootste gedeelte uit discussies en aan de hand daarvan informatieverstrekking. Met het gebruik van Touchpoints richtte de les zich vooral op de sterke kanten van de moeder.	De klas wordt gegeven op een alternatieve middelbare school die tienermoeders willen ondersteunen.	Onderzoek en een onderzoek assistent.	Na de cursus was er een significant verschil tussen voor en na meting op het gebied van opvoedingscompetentie; ouders waren zelfverzekerder op het gebied van opvoeding.	Opvoedingscompetentie van tienermoeders vergroten
19	Lu et al., 2001	- Overzicht naar de mate waarin verpleegsters of artsen, moeders motiveren borstvoeding te	Moeders met kinderen jonger dan 3 jaar.	Nationaal onderzoek naar de mate waarin moeders door artsen/verpleegsters	Ouders werden via de telefoon gevraagd mee te doen aan een onderzoek. Telefonisch kregen de moeders enkele vragen, die bij elkaar 26 minuten duren. Moeders werden gevraagd in hoeverre ze aangemoedigd / ontmoedigd zijn om	Thuis via telefoon	Getrainde medewerkers van DataStat Inc.	Meer dan 34% gaf zelf geen borstvoeding. Van de moeders die aangaven aangemoedigd te zijn door artsen/verpleegster (73%), had 75 % borstvoeding gegeven	Bevorderen van het geven van borstvoeding

20	Lashuay et al., 2000	geven. - Effect van deze motivatie op het geven van borstvoeding.	Overzichtsstudie naar blootstelling aan inenting berichten via de media.	Afrikaanse gezinnen met kinderen onder de 10 jaar uit wijken met het hoogste geboortecijfer per jaar.	(1) Het schatten van de mate van blootstelling aan media berichten over inenting (2) vaststellen van de bron van inenting (3) Vaststellen van attitudes en gedachten t.a.v. inenting.	Telefoonnummers van deelnemers werden via een steekproef van een commercieel bedrijf verkregen. Er werd 6 keer geprobeerd contact op te nemen met de familie. De vragenlijst bestaat uit 50 items en meet: gezondheidszorg toegang, adequatheid van diensten, barrières voor het verkrijgen van inenting, kennis over inenting, attitudes en gedrag en mate van blootstelling aan media berichten over inenting. Cultureel specifieke vragen (verkregen uit focus groepen) zijn toegevoegd. De vragenlijst werd per telefoon in de computer ingevoerd en bijgehouden.	Thuis via de telefoon	Professioneel getrainde interviewers van de sociale wetenschappenafdeling van de universiteit in San Diego	88% gaf aan berichten over inenting via media te hebben opgevangen via TV (63%), billboards (51%) en radio (42%). 62% dacht milde ziektes over te houden aan inenting, 27% was bang HIV besmet te raken door de naalden en 19% vond de pijn een barrière om in te enten. Deelnemers die aangaven geld als barrière te zien, geloofden minder (26%) snel dat inenting gratis kan zijn.	Media aandacht voor inenting ter bevordering van het bereik van Afrikaans Amerikaanse gezinnen.	in vergelijking met 43% door moeders die niet waren aangemoedigd.
21	Williams, & Drummond, 2000	10 focus groepen om mogelijke beperkingen vast te stellen t.a.v. het vergroten van de gezondheid v.h. kind.	Ouders met een laag inkomen die ingeschreven staan voor de 'Head Start' Programma's.	Het achterhalen van behoeftes, barrières en beperkingen van ouders t.a.v. de bevordering van de gezondheid van het kind.	De focus groepen zijn gepland tijdens de oudergroep sessies die gegeven worden vanuit het 'Head Start' Programma. Gedurende deze oudergroep sessies krijgen ouders opvoedingsvoorlichting. Tijdens de focus groepen kregen ouders te kans al hun vragen te stellen om het gebied van gezondheidsbevordering van hun kind. Deze discussies werden opgenomen en uitgewerkt.	In de 'Head Start' ruimtes	Publieke gezondheidsverpleegster	Voorlichting bleek niet genoeg om de gezondheid van het kind te vergroten. Beperkingen zoals laag inkomen, geen zorgdekking en geen vervoer waren met zoveel van belang als kennis.	Belemmerende factoren voor de gezondheid des bevordering van het kind.		
22	Powell et al., 2000	1. Pictorial anticipatory	Spaans talige ouders met een	Het vergelijken van twee	In de wachtkamer kreeg in de ochtend de ouders het PAG sheet en in de middag het	In de wachtkamer	Counseling en	Beide sheets met informatie hebben niet bijgedragen aan	Het vergemak		

23	Arborelius, & Nyberg, 1997	guidance (PAG) sheet (makkelijker taalgebruik) 2. The Injury Prevention Program (TIPP) sheet.	laag inkomen met kinderen jonger dan 6 jaar die een afspraak voor het kind in een gezondheidszorg kliniek hadden.	verschillende informatie sheets ter voorkoming van ongelukken.	TIPP sheet. Counseling ter voorkoming van ongelukken werd gegeven door verpleegster. 14-28 dagen na het kliniek bezoek werden ouders gebeld en gevraagd hoeveel van de informatie ze konden herinneren.	kregen ze de sheets. Posttest werd via de telefoon gedaan.	uitdelen van sheet werd door verpleegster gedaan.	de kennis overgehouden door de ouders.	kelijken van het taalgebruik op informatie sheets ter bevordering van recall.
		Kwalitatieve studie d.m.v. opgenomen discussies	Moeders met laag inkomen die een maand geleden bevallen zijn en hebben gerookt gedurende de zwangerschap.	Het in beeld krijgen hoe deze moeders het gevaar van roken tijdens de zwangerschap begrijpen en waarmemen.	Moeders, die geregistreerd zijn in de kliniek en waarvan bekend was dat ze rookten tijdens de zwangerschap, werden per brief gevraagd mee te doen en vervolgens gebeld. Alle 13 moeders werden één keer geïnterviewd. Dit interview duurde 45-60 minuten en was gericht op de vraag 'Hoe deze vrouwen dachten over roken' en was niet gericht op het beïnvloeden van deze vrouwen om te stoppen met roken.	Huisbezoeken.	Vroedvrouwen die getraind waren voor het houden van interviews	Alle vrouwen waren zich ervan bewust dat roken slecht was voor de foetus, maar velen gaven aan dat ook moeders die roken gezonde baby's baren. Het merendeel voelt zich schuldig en voelt zich een 'slecht mens', ook deels door het gevaar voor het kind. Door waarschuwingen en moraliserende opmerkingen van vroedvrouwen zeggen de moeders niet minder te gaan roken.	Opvatting en van lage SES moeders die roken tijdens de zwangerschap over de gevaren van meer roken door de foetus.
24	Ray et al., 1997	Survey in twee verschillende groepen: 1. (boven) gemiddeld inkomen 2. Laag inkomen	Moeders met een kind jonger dan 4 maanden	Vergelijkend onderzoek naar (nonprone) instructies over slaapligging van het kind in lage en hoge SES klinieken.	Ouders werden gevraagd een vragenlijst in te vullen met MC vragen en korte antwoorden over de slaappositie van hun kind, voorlichting gekregen vanuit de kliniek en roken in het huis. De verpleegsters werden informeel gevraagd naar de instructies die ze de ouders hadden meegegeven bij ontslag uit het ziekenhuis.	Thuis	Onderzoekers	Nonprone slaapinstructies waren ontvangen door 72% van de hoge SES ouders en 48% van de lage SES waarvan 72% van de hoge SES en 54% van de lage SES deze instructies heeft opgevolgd. Er werd in 60% van de lage SES huishoudens	Instructies voor correcte slaapligging van pasgeborene

25	Browner, Preloran, & Press, 1996	Er wordt gekeken naar de effecten van etniciteit, opleiding en een informatie video op de kennis en beslissingen rondom prenatale screening.	Zwangere vrouwen zonder risico voor een aangeboren afwijking.	Verkendend onderzoek naar determinanten van kennis en beslissingen over prenatale screening.	Vrouwen werden geworven via Health Maintenance Organisation (HMO). Nadat vrouwen prenatale screening is aangeboden, worden ze gevraagd binnen 3 maanden mee te doen aan het onderzoek. Interviews worden face-to-face afgenomen en duren 1,5-4 uur. Hierin wordt gevraagd naar de mening over huidige zwangerschap, mogelijke afwijkingen, opvoeding en de manier waarop zij zijn ingelicht over prenatale screening. Voorafgaand aan de interviews is er een pilot uitgevoerd.	Thuis	Onderzoekers en getrainde interviews	geroekt tegen 12% in de hoge SES. Alle vrouwen hadden een informatieboekje over prenatale screening ontvangen, de helft van de vrouwen had een video te zien gekregen. Geen van de vrouwen had deze informatie goed onthouden, maar degene die de video hadden gezien, konden zich meer herinneren. Vrouwen die de middelbare school niet hadden afgemaakt scoorden samen met de Mexicaanse immigranten het laagst.	Het vóór de geboorte screenen van aangeborenen afwijkingen
----	----------------------------------	--	---	--	---	-------	--------------------------------------	---	--

Nr	Titel	Interventie	Doelgroep	Doelstelling	Methode/strategie	Setting / Plaats	Intermediair	Effect	Onderwerp
4	2005 Cohall et al., 2004								Niet verregen
5	Fisher et al., 2004	1. Interventie-groep uit buurten waar een onderwijs-programma (NAC) in de gehele gemeenschap geïntegreerd is; bevorderings-activiteiten en individuele hulp. 2. Controle-groep uit buurten die niet onder de NAC-hulp vallen.	Afrikaans-Amerikaanse kinderen met astma uit lage SES families.	Het bereiken van ouders uit een lage SES om mee te doen aan een interventie die gebaseerd is op een gemeenschap. (doel: het bewustzijn van astma kan vergroten, attitudes kunnen veranderen, het ongaan met astma verbeteren en de behoefte aan acute verzorging kunnen verminderen).	1. Kinderen (hun ouders) die opgenomen werden voor behandeling van astma of op de eerste hulp terecht kwamen en in een buurt wonen waar het NAC gegeven wordt, werd gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Telefoonnummers werden verkregen via medische rapporten. Vervolgens werden ouders 2 keer gebeld voor een telefonisch interview en een interview iedere 3 maanden waarin de status van het kind werd bijgehouden.	Thuis	Getrainde buurtbewoners	Deelnemers hebben zich niet vasgelegd om daadwerkelijk het NAC-programma te volgen. Vandaar dat de resultaten alleen aangeven hoe een programma als NAC de mogelijkheid heeft om de doelgroep te bereiken. Er werden geen verschillen gevonden tussen groepen op het aantal acute hulp. Deelnemers die werden bestempeld als NAC 'hoog' hadden wel lagere acute hulp-cijfers. Deelname aan het NAC-programma was geassocieerd met positieve veranderingen t.o.v. attitude en acute hulp.	Interventie om acute hulp van astma patiënten te verminderen.
6	Buller et al., 2000	Zonbescherme-nde informatie. 1. Deductieve versus	Ouders die hun kindarts bezochten in de kliniek voor	Het testen van de hypothese dat informatie/berichten met	Zonbescherme-nde informatie werd via nieuwsbrieven, brochures en kaarten met tips naar de deelnemers gemaïld. Ze ontvingen iedere 2 weken een mail met een	Thuis	Professionele interviewers	De hypothese is bevestigd; Krachtige taal over zonbescherming werkt beter wanneer het bericht deductief	Geen lage SES

D Safe As Houses Project

How Safe is Your Home?

Study No. _____ .HV: _____

This form is to help you think about your home before you see the health visitor.
 The health visitor will help you to find ways of making your home safer.
 If there are any other home safety topics not on the list you would like to talk about, please ask.

A) General Points.

- In your home, how many adults look after the safety of your child(ren) ? _____
- How important are accidents as a cause of death for children?

very important	important	fairly important	not very important
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- How many childhood accidents do you think can be prevented?

most	many	some	few
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Where in a house is a child (under 5) most likely to have an accident ? _____

B) Preventing falls

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Do you use a stairgate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have any loose rugs/carpets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you always use window safety catches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Preventing burns and scalds

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Do you always use a fireguard? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have a fitted and working smoke alarm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have a curly kettle flex or a cordless kettle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Do you drink hot drinks whilst holding your children? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Where do you keep matches and lighters? _____ | | |

D) Preventing cuts

- Where do you keep knives? _____
- Where do you keep scissors? _____
- Do you have locks on all cupboards and drawers with sharp objects in? _____

E) Preventing poisoning

- Where do you keep medicines? _____
 - Where do you keep cleaning products? _____
- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Do you have locks on <u>all</u> cupboards and drawers with medicines or cleaning products in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F) Any other home safety topics you would like to talk about?
Please write them below.**

For families with children under 3 years:		
	Yes	No
<u>Preventing choking</u>		
• Do your children have any toys small enough to fit completely in their mouth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Do your children play with coins or buttons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have a baby under 1 year:		
• Do you use a baby walker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Do you change your baby, or ever leave your baby, on a bed or other raised surface?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Health visitor: _____

Parents name: _____

Study no.: _____



Ten Point Plan

We have discussed how to make the home safer and agreed to:

	Already do / done	Does not apply	Future
1. Medicines, cleaning products, sharp objects, hot irons and matches: Move to a higher level.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Small objects: Not let children play with objects small enough to go into their mouths or eat peanuts or small sweets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hot drinks: Not drink whilst holding children.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rugs and carpets: Fix down loose ones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Changing baby: Do it on a low surface.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Baby walker: Stop using.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kettle: Use a curly flex or cordless kettle and keep kettle at back of work surface.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Safety equipment:			
Cupboard locks _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Window catches _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smoke alarms _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fireguard _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stairgates _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. "Do-it-yourself Home Safety Check"			<input type="checkbox"/>
Who will do it: I) _____ II) _____			
When they will do it (date): _____			
10. Other:			

Plan discussed again

Do-it-Yourself Home Safety Check.


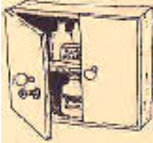

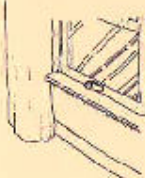
Who will do it: 1 Date to be done:

2 Name of health visitor

Study number

How safe is your home?
Check it out with 15 free or low-cost ways to keep your children safe.

Please tick one box for each line.

	Already do/done	Will do in the future	Does not apply
 <p>1. Hot irons: are kept out of reach of children.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. The cooker is used safely by using the rear and keeping pan handles turned away from the edge.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>3. Sharp objects (e.g. knives) are out of reach or locked away.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Medicines and chemicals (e.g. cleaning products) are safely stored out of reach in case a child drinks something harmful.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>5. The children are always protected from the fire with a fireguard.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. We keep small objects away from children (e.g. small parts of toys, peanuts, small sweets).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Rugs and carpets are firmly fixed.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. We change the baby on a low surface.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <p>9. Safety catches are fitted to prevent a child falling out of the windows.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Bathing the baby: Cold water is put in first. Hot water can cause a severe scald.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

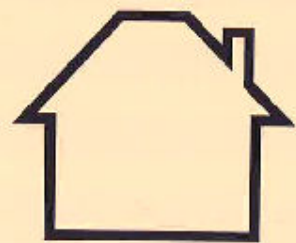


Already
do/done Will do in
the future Does not
apply

- | | Already
do/done | Will do in
the future | Does not
apply |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Stairgates are used at the top and / or bottom of the stairs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. The smoke alarm is working in case of fire and the family knows how to escape. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Cigarettes, matches and lighters are well away from children in case a child starts a fire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mugs and cups of hot drinks are always out of reach of small children. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. The baby never uses a babywalker in case they fall over or reach for something dangerous. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• Who carried out the check: 1.....
2.....

Please send this "Do-it-Yourself Home Check" back in the pre-paid envelope to:
Safe as Houses, Division of General Practice, University of Nottingham,
Nottingham. NG7 2UH. / Telephone: 0115 9709386

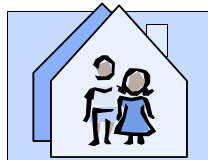


Safe As Houses Project

Modified from an original leaflet by CAPT.

E Ambiente Fresco II

Ambiente Fresco II



para nuestros hijos

Intervention Procedures

What is the goal of the intervention: To help families keep secondhand smoke away from their children by providing feedback and counseling about the amount of nicotine in the child's hair.

Where does this take place: In the homes of the families, over the phone, and through the mail.

When does it take place: There are four intervention events over a 5-week period:

1. Event 1 – face to face visit
2. Event 2 – mailer
3. Event 3 – phone call
4. Event 4 – mailer

How does it work: The intervention coordinator will prepare and deliver feedback about the child's hair nicotine level and provide counseling in a face-to-face visit in the home. Mailers will provide the feedback in alternate versions. A phone call will provide additional support.

Preparing the Tailored Feedback Forms (see attached examples):

Once Julia Klein has given us the results of a hair nicotine test, modify all three versions of the feedback forms for the participant. One feedback form will be used in the face-to-face visit, and the other two will be mailed (the Intervention and Measurement Schedule on the wall shows which version is done when).

For version A (Comparative chart), modify **four** areas:

- (1) the parent's name where it says, Querida ...
- (2) the first bar of the chart, putting in the correct value
- (3) the child's correct name under the bar
- (4) you might have to change the **blue section**. If the child nicotine level is 0-.32, change the last sentence to, "These results suggest that your child's nicotine level is low. Congratulations and keep up the good work."

For Version B (simple chart), modify five areas,:

- (1) the parent's name where it says, Querida ...
- (2) the child's name on the chart, example, Resultados de Jaime,
- (3) the hair nicotine value on the chart where it says Nicotina de pelo = xx.xx ng/mg
- (4) the **X** on the line of the chart, using the following cutpoints as guidelines,

Mínimo = 0 ng/mg (or non-detectable) to .32 ng/mg

Significativo = > .32 ng/mg to <2.00 ng/mg

Excesivo = 2.00 ng/mg or higher

- (5) you might have to change the **blue section**. For example, change the word "excesiva" to "significativa." If you change the word to "mínima", you'll have to change the last part of that sentence and change the last sentence to "Your child's nicotine level is already low. Congratulations."

For Version C (letter format), modify five areas:

- (1) the date
- (2) the parent's name, where it says Querida ...
- (3) the child's name in the 2nd paragraph
- (4) the child hair nicotine level in the 2nd paragraph
- (5) you may have to change the words "moderado" and "mas alto" in the in the 2nd paragraph and modify the sentences.

- After preparing all 3 versions for a participant, have Terry or Susan check to make sure you haven't forgotten to change something.
- After finalizing the 3 versions, make a copy of each and place in a participant file.
- Put a yellow sticky on each version indicating the order it will be presented (see schedule chart on wall), label "face to face", 1st mailer, or 2nd mailer.

Counseling Approach

In your role as intervention coordinator, you will be working with your families to interpret the hair nicotine results, communicate facts about secondhand tobacco smoke exposure, and discuss ways to reduce the child's exposure. But before you can begin working with your families to change behavior, we know that you first have to gain their trust. Some of the first home visit will be spent establishing rapport and gaining the family member's trust. You were selected to do this because you display the ability to listen, empathize, communicate, and motivate. All of these skills can be practiced and strengthened. Listening to others is an especially important skill. It lets the other person know that you care about what is important to them and that you're trying to understand what is going on in their lives.

One good way to listen to another person is to use "reflective listening." When you are listening this way, you do the following:

- make eye contact
- let the other person finish her sentence
- paraphrase or put into your own words what you just heard
- restate, without being judgmental, what you think they are feeling
- try to get the participant herself to set goals for reducing the child's exposure
- use positive reinforcement to build confidence. If the participant says, "I think I can go outside to smoke my evening cigarette," you might say, GOOD IDEA I'LL BET YOU CAN TOO.
- Help the parent set an obtainable, realistic goal with which the parent feels comfortable (e.g., reducing exposure by 5 cigarettes a day).

Face-to-Face Visit

Materials for the Face-to-Face Visit

The following materials are to be taken to the face-to-face home visit:

1. Version A, B, or C of the feedback form that has been tailored based on the child's nicotine level. The Intervention and Measurement Schedule on the wall tells you which version of the feedback form is to be presented at the home visit, and it should be marked as such with a yellow sticky.
2. Intervention description card ??
3. Aspectos Básicos del Tabaco fact sheet (Basics about Tobacco)
4. Señales de Humo brochure
5. Donde esta el Humo worksheet
6. Refrigerator magnet
7. Thermos
8. Receipt of money form for signature

Counseling Protocol for the Face-to-Face Visit

1. Introduce yourself to establish rapport
2. Present version A, version B, or version C of the feedback form.
3. In the face to face visit, let the feedback form guide you. When in doubt of what to say or do, just read and follow the feedback form.
4. Counseling steps for all Versions:
 1. Give participant Intervention description card ??
 2. Present and interpret feedback on the feedback form
 3. Go over Aspectos Básicos del Tabaco fact sheet (Basics about Tobacco)
 4. Discuss health effects on children from the feedback form
 5. Give participant the Señales de Humo brochure
 6. Complete the Donde esta el Humo worksheet and talk about ways to reduce ETS
 7. Ask the participant about the number of cigarettes they currently smoke to help come up with ideas on how to reduce ETS.
 8. Remind the participant about the follow-up hair collection visit and that we'll be able to tell them if there were reductions in the child's hair nicotine.
5. The following pages describe the face-to-face counseling for versions A, B, and C. Most of the steps and information are the same for all 3 versions. Susan and Terry will help practice each one before you have to do it.

Presenting Version A (comparative chart) in the Face-to-Face Visit

Read or paraphrase the first few sentences on the feedback form. You might say, or simply read, **“remember when one of our staff took a hair sample from your child to test it for nicotine? I have the results here.”**

First, focus on the Dear Parent section portion of the feedback form, reading, **“Nicotine coming from adult’s cigarette smoke gets into children’s hair, so hair nicotine can be used to measure how much tobacco smoke a child is exposed to. The closer to zero, the better.”**

- a. Version A is the most challenging of the 3 feedback forms. For interpreting version A (comparison chart) you might say...

“The first bar of this graph shows the amount of nicotine found in your child’s hair due to exposure to secondhand smoke. The second bar shows the amount in some Latino children in the San Diego area who are exposed to secondhand smoke—see, it’s about 1.00. The third bar shows the amount of nicotine among children not exposed—see, it’s very close to zero. The fourth bar shows the amount found in exposed adults and children reported in lots of different studies throughout the world.”

At this point, you’ll need to interpret the feedback accurately, without scaring the participant. Examples are:

“As you can see, the amount of nicotine in your child’s hair is....”

Example: **“... about the same as other local Latino children exposed to secondhand smoke, higher than children not exposed to secondhand smoke, but not as high as the amount reported in other studies of exposed individuals.” OR**

Example: **“ ... about the same as local Latino children who are exposed to secondhand smoke, a little bit higher than children who are not exposed to secondhand smoke, and lower than other people in other studies who are exposed to secondhand smoke.” OR**

Example: **“...very low. Lower than local Latino children exposed to secondhand smoke, lower than people in other studies, and about as low as that among children who have not been exposed.”**

Unless the child’s value is zero, make a suggestion for reduction of exposure, by saying,

“These results suggest that...your child’s nicotine level could be lower, and his/her health would benefit.”

If the child’s value is zero (below detectable levels), you can say...

“Your child’s nicotine level is already very low. Congratulations. We’ll talk about ways to keep it that way.”

- b. Proceed with the Aspectos Básicos del Tabaco fact sheet.

Read over the sheet with them, adding other facts that you think are important, such as:

- Tobacco smoke contains more than 50 chemicals that cause cancer.
- Secondhand smoke is the single most important source of harmful indoor air pollution.
- When children are around smoke, they breathe the same dangerous substances as the smoker.
- Secondhand smoke kills more than 6,000 children a year.
- Children exposed to secondhand smoke get sick more often and for longer periods of time than other children.

- c. Next, return to the feedback form and name some of the effects of secondhand smoke on children.

At this point, say, **“Here’s a little brochure to read on your own that talks a little more about the health effects on children,”** and give them the Señales de Humo brochure.

- d. Complete the “Donde esta el Humo” worksheet together. The Donde esta el Humo worksheet helps identify the places, times of day, and activities in which the child is exposed to ETS in the home or car. This exercise will be useful for identifying opportunities for ETS reduction.

Say, **“This is a useful exercise to help find out where your child is usually exposed to secondhand smoke. Write in the places where your child is exposed to cigarette smoke. Where’s the main place, would you say? Where else? What about the car? What time of the day is this, usually?”**

- e. Once the worksheet is completed, brainstorm/discuss potential ways to reduce secondhand smoke in the home and car.

To help come up with ideas, ask about number of cigarettes smoked around the child (or check the baseline survey before the visit). You might say,

“The survey you filled out a few weeks ago says you smoke about ___ cigarettes around the child per week. Is that still about right? Even if you could reduce his/her exposure by just a few cigarettes, your child’s health would probably benefit. How do you think you might be able to do that?”

Try to get the participant to come up with her own goal or strategy to reduce ETS that is realistic and comfortable for her.

Here are a couple of examples:

Example: Parent F explains to the intervention coordinator that she has already started reducing ETS in the TV room (where the child often plays) by smoking only during commercials. When probed, she decides that she probably abides by the rule about 75% of the time. The intervention coordinator gives her verbal praise for her actions thus far, and points out that she has already been able to reduce ETS. Parent F expresses concern about the level of nicotine in her child's hair, and she and the intervention coordinator discuss a next logical step towards further reducing ETS. Parent F decides that she wants to try to smoke only during commercials 100% of the time, and that she is going to ask her husband to do the same. The intervention coordinator suggests that Parent F place a sign in the family room to remind her of her goal.

Example: Parent H states to the intervention coordinator that she wants to get her child's hair nicotine level to zero. She would like to quit smoking altogether, but she doesn't think this is realistic right now. She does think that limiting her smoking to her own bedroom where the child rarely plays is possible. The intervention coordinator reinforces Parent H's statements about restricting her smoking to one room, and suggests she use personal "rewards" (e.g., purchasing a new magazine) to reinforce her progress.

f. **Next, discuss the "tips" at the end of the feedback form under the section, "How can I protect my child from cigarette smoke." These are suggestions to help reduce the child's exposure. These include:**

1. Keep smoke away from the child by smoking outside or in another room.
 2. Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
 3. Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
 4. Tell your child to avoid cigarette smoke.
 5. Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
 6. Consider quitting smoking—call 1-800-45-no-fume
 7. Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.
- g. Leave all materials including the feedback form, tobacco fact sheet, Donde esta el Humo, magnet, your card, intervention description card, and thermos with participant.
- h. Remind the participant that she'll receive two mailers and a phone call over the next 4 weeks, and follow-up measurement visit in about 6 weeks.

Presenting Version B (simple chart) in the Face-to-Face Visit

Read or paraphrase the first few sentences on the feedback form. You might say, or simply read, **“remember when one of our staff took a hair sample from your child to test it for nicotine? I have the results here.”**

First, focus on the Dear Parent section of the feedback form, reading, **“Nicotine coming from adult’s cigarette smoke gets into children’s hair, so hair nicotine can be used to measure how much tobacco smoke a child is exposed to. The closer to zero, the better.”**

- a. *For interpreting version B (simple chart)*, tailor what you say based on what the actual value is in the chart, and where the X is. For example, you might say,

“This chart shows the amount of nicotine found in your child’s hair due to exposure to secondhand smoke. You can see that the value of hair nicotine is 2.1, which indicates somewhat heavy secondhand smoke exposure.” OR

“This chart shows the amount of nicotine found in your child’s hair due to exposure to secondhand smoke. You can see that the value of hair nicotine is 1.2, which indicates medium or moderate secondhand smoke exposure.” OR

“This chart shows the amount of nicotine found in your child’s hair due to exposure to secondhand smoke. You can see that the value of hair nicotine is .24, which indicates minimal secondhand smoke exposure.”

Unless the child’s value is zero, make a suggestion for reduction of exposure, by saying,

“These results suggest that...your child’s nicotine level could be lower, and his/her health would benefit.”

If the child’s value is zero (below detectable levels), you can say...

“Your child’s nicotine level is already very low. Congratulations. We’ll talk about ways to keep it that way.”

- b. Proceed with the Aspectos Básicos del Tabaco fact sheet.

Read over the sheet with them, adding other facts that you think are important, such as:

- Tobacco smoke contains more than 50 chemicals that cause cancer.

- Secondhand smoke is the single most important source of harmful indoor air pollution.
 - When children are around smoke, they breathe the same dangerous substances as the smoker.
 - Secondhand smoke kills more than 6,000 children a year.
 - Children exposed to secondhand smoke get sick more often and for longer periods of time than other children.
- c. Next, return to the feedback form and name some of the effects of secondhand smoke on children.

At this point, say, **“Here’s a little brochure to read on your own that talks a little more about the health effects on children,”** and give them the Señales de Humo brochure.

- d. Complete the “Donde esta el Humo” worksheet together. The Donde esta el Humo worksheet helps identify the places, times of day, and activities in which the child is exposed to ETS in the home or car. This exercise will be useful for identifying opportunities for ETS reduction.

Say, **“This is a useful exercise to help find out where your child is usually exposed to secondhand smoke. Write in the places where your child is exposed to cigarette smoke. Where’s the main place, would you say? Where else? What about the car? What time of the day is this, usually?”**

- e. Once the worksheet is completed, brainstorm/discuss potential ways to reduce secondhand smoke in the home and car.

To help come up with ideas, ask about number of cigarettes smoked around the child (or check the baseline survey before the visit). You might say,

“The survey you filled out a few weeks ago says you smoke about ___ cigarettes around the child per week. Is that still about right? Even if you could reduce his/her exposure by just a few cigarettes, your child’s health would probably benefit. How do you think you might be able to do that?”

Try to get the participant to come up with her own goal or strategy to reduce ETS that is realistic and comfortable for her.

Here are a couple of examples:

Example: Parent F explains to the intervention coordinator that she has already started reducing ETS in the TV room (where the child often plays) by smoking only during commercials. When probed, she decides that she probably abides by the rule about 75% of the time. The intervention coordinator gives her verbal praise for her actions thus far, and points out that she has already been able to reduce ETS. Parent F expresses concern about the level of nicotine in her child’s

hair, and she and the intervention coordinator discuss a next logical step towards further reducing ETS. Parent F decides that she wants to try to smoke only during commercials 100% of the time, and that she is going to ask her husband to do the same. The intervention coordinator suggests that Parent F place a sign in the family room to remind her of her goal.

Example: Parent H states to the intervention coordinator that she wants to get her child's hair nicotine level to zero. She would like to quit smoking altogether, but she doesn't think this is realistic right now. She does think that limiting her smoking to her own bedroom where the child rarely plays is possible. The intervention coordinator reinforces Parent H's statements about restricting her smoking to one room, and suggests she use personal "rewards" (e.g., purchasing a new magazine) to reinforce her progress.

f. **Next, discuss the "tips" at the end of the feedback form under the section, "How can I protect my child from cigarette smoke." These are suggestions to help reduce the child's exposure.** These include:

1. Keep smoke away from the child by smoking outside or in another room.
2. Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
3. Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
4. Tell your child to avoid cigarette smoke.
5. Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
6. Consider quitting smoking—call 1-800-45-no-fume
7. Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.

- g. Leave all materials including the feedback form, tobacco fact sheet, Donde esta el Humo, magnet, your card, intervention description card, and thermos with participant.
- h. Remind the participant that she'll receive two mailers and a phone call over the next 4 weeks, and follow-up measurement visit in about 6 weeks.

Presenting Version C (Letter) in the Face-to-Face Visit

You might start by saying, **“Remember when one of our staff took a hair sample from your child to test it for nicotine? I have the results here. I’d like to just read the letter to you. Will you follow along?”**

- a. Now, just read the letter, giving her a copy to follow or have her look on with you. Because the letter presents and interprets the results, it is relatively straightforward.
- b. Proceed with the Aspectos Básicos del Tabaco fact sheet.

Read over the sheet with them, adding other facts that you think are important, such as:

- Tobacco smoke contains more than 50 chemicals that cause cancer.
 - Secondhand smoke is the single most important source of harmful indoor air pollution.
 - When children are around smoke, they breathe the same dangerous substances as the smoker.
 - Secondhand smoke kills more than 6,000 children a year.
 - Children exposed to secondhand smoke get sick more often and for longer periods of time than other children.
- c. Next, return to the feedback form and name some of the effects of secondhand smoke on children.

At this point, say, **“Here’s a little brochure to read on your own that talks a little more about the health effects on children,”** and give them the Señales de Humo brochure.

- d. Complete the “Donde esta el Humo” worksheet together. The Donde esta el Humo worksheet helps identify the places, times of day, and activities in which the child is exposed to ETS in the home or car. This exercise will be useful for identifying opportunities for ETS reduction.

Say, **“This is a useful exercise to help find out where your child is usually exposed to secondhand smoke. Write in the places where your child is exposed to cigarette smoke. Where’s the main place, would you say? Where else? What about the car? What time of the day is this, usually?”**

- e. Once the worksheet is completed, brainstorm/discuss potential ways to reduce secondhand smoke in the home and car.

To help come up with ideas, ask about number of cigarettes smoked around the child (or check the baseline survey before the visit). You might say,

“The survey you filled out a few weeks ago says you smoke about ___ cigarettes around the child per week. Is that still about right? Even if you could reduce his/her exposure by just a few cigarettes, your child’s health would probably benefit. How do you think you might be able to do that?”

Try to get the participant to come up with her own goal or strategy to reduce ETS that is realistic and comfortable for her.

Here are a couple of examples:

Example: Parent F explains to the intervention coordinator that she has already started reducing ETS in the TV room (where the child often plays) by smoking only during commercials. When probed, she decides that she probably abides by the rule about 75% of the time. The intervention coordinator gives her verbal praise for her actions thus far, and points out that she has already been able to reduce ETS. Parent F expresses concern about the level of nicotine in her child’s hair, and she and the intervention coordinator discuss a next logical step towards further reducing ETS. Parent F decides that she wants to try to smoke only during commercials 100% of the time, and that she is going to ask her husband to do the same. The intervention coordinator suggests that Parent F place a sign in the family room to remind her of her goal.

Example: Parent H states to the intervention coordinator that she wants to get her child’s hair nicotine level to zero. She would like to quit smoking altogether, but she doesn’t think this is realistic right now. She does think that limiting her smoking to her own bedroom where the child rarely plays is possible. The intervention coordinator reinforces Parent H’s statements about restricting her smoking to one room, and suggests she use personal “rewards” (e.g., purchasing a new magazine) to reinforce her progress.

f. **Next, discuss the “tips” at the end of the feedback form under the section, “How can I protect my child from cigarette smoke.” These are suggestions to help reduce the child’s exposure.** These include:

1. Keep smoke away from the child by smoking outside or in another room.
2. Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
3. Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
4. Tell your child to avoid cigarette smoke.
5. Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
6. Consider quitting smoking—call 1-800-45-no-fume

7. Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.
- g. Leave all materials including the feedback form, tobacco fact sheet, Donde esta el Humo, magnet, your card, intervention description card, and thermos with participant.
- h. Remind the participant that she'll receive two mailers and a phone call over the next 4 weeks, and follow-up measurement visit in about 6 weeks.

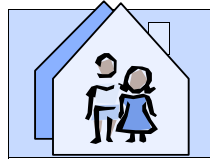
Conducting the Supportive Phone Call

One of the participant's contact with the intervention coordinator will be over the telephone, in the fourth week of intervention phase. This call will generally provide social support for the parent.

1. The intervention coordinator will pull a copy of the two feedback forms the participant has already seen to remind her of the child's nicotine level. Parents will have received two feedback forms at the time of the phone call, and content of those will be useful for providing discussion points.

2. The intervention coordinator will remind the parent of the child's hair nicotine level, ask about the participant's progress and challenges, verbally reinforce progress, and provide encouragement to set a new goal if setbacks have occurred.

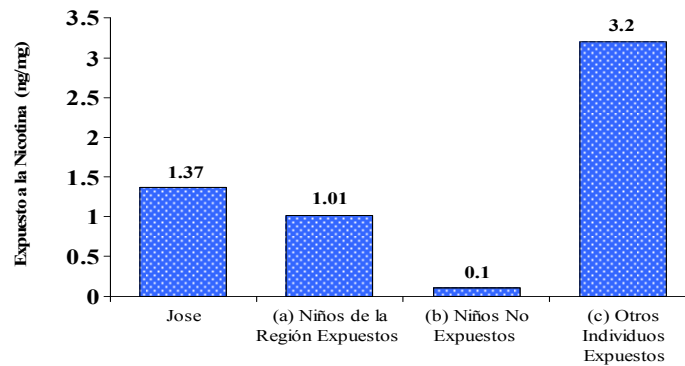
Ambiente Fresco II



para nuestros hijos

VERSION A

Exposure to Tobacco Smoke



Dear Mrs. Hernandez,

You probably remember when project Ambiente Fresco II took a hair sample from your child to test it for secondhand tobacco smoke exposure. Nicotine coming from adults' cigarette smoke gets into children's hair, so hair nicotine can be used to measure how much smoke a child is exposed to. The lower the level, the better. The results of your child's hair sample are shown in the graph.

Your child's hair nicotine level is compared to (a) other San Diego children exposed to secondhand smoke, (b) children not exposed to secondhand smoke, and (c) other studies of adults and children exposed to secondhand smoke.

These results suggest that your child's nicotine level could be lower, and his/her health may benefit in the short and long term.

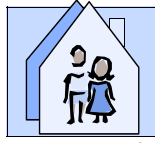
Secondhand smoke exposure can cause these problems in children:

- ❖ Asthma
- ❖ Colds and coughs
- ❖ Sudden Infant Death Syndrome
- ❖ Ear infections
- ❖ Sore throat

How can I protect my child from cigarette

1. Keep smoke away from the child by smoking outside or in another room.
2. Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
3. Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
4. Tell your child to avoid cigarette smoke.
5. Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
6. Consider quitting smoking—call 1-800-45-no-fume for free help to quit.
7. Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.

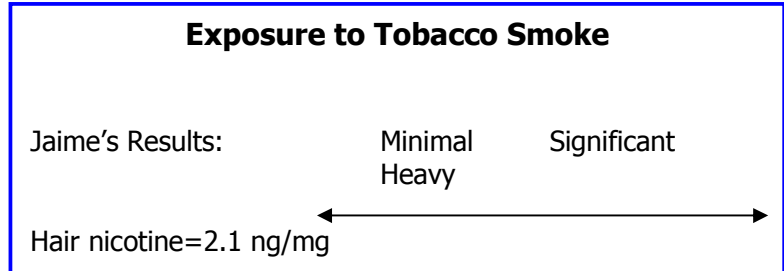
Ambiente Fresco II



para nuestros hijos

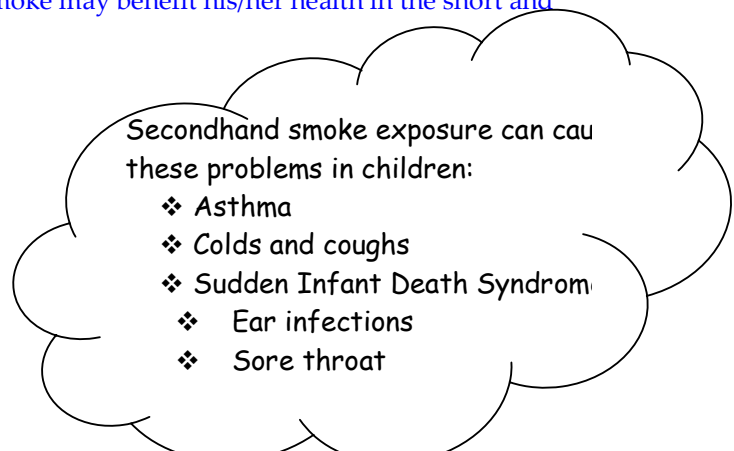
VERSION B

Dear Mrs.
Cortez,



X

You probably remember when project Ambiente Fresco II took a hair sample from your child to test it for secondhand tobacco smoke exposure. Nicotine coming from adults' cigarette smoke gets into children's hair, so hair nicotine can be used to measure how much smoke a child is exposed to. The lower the level, the better. The results of your child's hair sample are shown in the box. [The hair nicotine value indicates Heavy secondhand smoke exposure. Steps to decrease your child's exposure to cigarette smoke may benefit his/her health in the short and long term.](#)

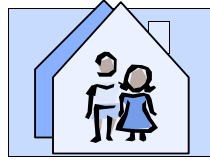


How can I protect my child from cigarette smoke?

1. Keep smoke away from the child by smoking outside or in another room.
2. Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
3. Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
4. Tell your child to avoid cigarette smoke.
5. Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
6. Consider quitting smoking—call 1-800-45-no-fume for free help to quit.
7. Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.



Ambiente Fresco II



para nuestros hijos

VERSION C

San Diego State University, 9245 Sky Park Court, Suite 120, San Diego, CA
92123 ~ (619) 594-0668

Date

Dear Sra. Martinez,

You probably remember when project Ambiente Fresco II took a hair sample from your child to test it for secondhand tobacco smoke exposure. Nicotine coming from adults' cigarette smoke gets into children's hair, so we are able to measure nicotine in hair to see how much tobacco smoke a child has been exposed to. The lower the level of nicotine, the better.

Marisol's hair nicotine level was .70 ng/mg. This indicates a moderate level of exposure, and generally is higher than the level you would see in children living in homes where no one smokes around them. An excellent score would be around 0.

Secondhand smoke exposure can cause health problems for a child, such as asthma, colds, coughs, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), ear infections, sore throats, bronchitis, reduce lung function, and poorer school performance. Because breathing even small amounts of other people's smoke can cause health problems for a child, we encourage you to only allow smoking outside your home or car, away from your child. Here are a few more tips for reducing your child's exposure:

- Open the doors and windows to circulate the air in your home and car.
- Encourage family, friends, and babysitters not to smoke around your child.
- Tell your child to avoid cigarette smoke.
- Remind yourself about the reasons to smoke away from your child.
- Be kind to yourself...don't give up. Keep trying to reduce secondhand smoke.

Following these tips could reduce your child's exposure to 0. Of course, quitting smoking is the best way a parent can reduce children's exposure to smoke. By calling 1-800-45-no-fume, you can receive free help to quit smoking.

If you have any questions, please feel free to ask us at any time by calling (619) 594-0668.

Sincerely,