

Een gedragsdeterminantenonderzoek ten aanzien van een actieve leefstijl
bij mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)



Universiteit Utrecht

sherpa

ondersteunt mensen met een beperking

Kamp, J.A. van de (3946916)

Kamp, M.P. van der (3980162)

Docent: Dr. P. Baar

Tweede beoordelaar: Dr. A. C. Tijsseling

Cursus: Bachelorthesis Pedagogische Wetenschappen

Cursuscode: 200600042

Departement Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

Instelling: Universiteit Utrecht

Cursusjaar: 2012/2013

Datum: 01 juli, 2013

Abstract

In 2009 Sherpa started the project "Healthy lifestyle". Through this project, Sherpa aimed to make a policy on health, sports and exercise and implement this policy across the organization. However, people with brain injury were not sufficiently represented in this project. Therefore, the aim of the current study was to clarify the expectations of people with brain injury regarding an active lifestyle. To provide insight in the determinants attitude, social influence and self-efficacy the ASE-model was used. In this study qualitative analysis was used and 9 semi-structured interviews with people with brain injury have been taken to obtain data. The results from this study show that exercise is important to people with brain injury, but less important than their mental recovery. Furthermore, people with and without an active lifestyle stated that exercise was important to them, however they didn't exactly know the implications of an active lifestyle. Their behavior was not influenced by other people. They were supported by Sherpa in their everyday life, but not to have a more active lifestyle. Therefore, it is necessary for Sherpa to find a more appropriate way to provide people with brain injury with knowledge about an active lifestyle.

Key words: brain injury, ASE-model, active lifestyle

NAH en actieve leefstijl

Lichaamsbeweging is uiterst belangrijk (Haskell et al., 2007). Voor mensen met een fysieke of cognitieve beperking blijkt dat een actieve leefstijl een positieve invloed heeft op het dagelijks leven (Cooper et al., 1999; Glenn, 2012; Pitetti, Rimmer, & Fernhall, 1993). Onder *actieve leefstijl* wordt elke vorm van geplande oefening of beweging verstaan (bijvoorbeeld tennis en hardlopen), maar ook activiteiten in het dagelijkse leven (bijvoorbeeld boodschappen doen, tuinieren) (Driver, Rees, O'Connor, & Lox, 2006). Er kan gesproken worden van een actieve leefstijl als een persoon tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging heeft, dit is de landelijke norm van bewegen (Hildebrandt, Ooijendijk, & Hopman-Rock, 2007). Mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) zijn eveneens gebaat bij een actieve leefstijl. NAH is een aandoening die vaak wordt veroorzaakt door een trauma na een periode van normale neurologische ontwikkeling (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2012). Door de gevolgen van schade aan de hersenen kunnen mensen met NAH minder goed functioneren in alledaagse situaties (Murphy & Carmine, 2012). Driver et al. (2006) geven aan dat ondanks de bovengenoemde voordelen van een actieve leefstijl, mensen met een NAH minder actief bezig zijn in vergelijking met de algemene bevolking. Verhogen van een actieve leefstijl is dermate van belang omdat het de kwaliteit van leven verbetert, voor functionele onafhankelijkheid zorgt, de ernst van secundaire omstandigheden vermindert en de zorguitgaven naar beneden brengt. Daarentegen kan inactiviteit fysieke en psychosociale beperkingen verergeren en iemands vermogen om deel te nemen aan gemeenschappelijke evenementen, vrijetijdsbesteding of terugkeer naar werk juist verminderen (Rimmer, Wang, & Smith, 2008). Als gevolg hiervan brengen veel mensen met NAH de grootste tijd van de dag zittend of liggend door. Dit noemt men een sedentaire levenswijze (Mossberg, Amonette, & Masel, 2010).

Naar aanleiding van het initiatief 'Zo kan het ook' van de gehandicaptensport Nederland om sport en bewegen toegankelijker te maken (Dool, Jong, Cevaal, & Wassink, 2012), is Sherpa in 2009 begonnen met het project 'Gezonde leefstijl'. Sherpa, opdrachtgever van dit onderzoek, is een organisatie die cliënten met verstandelijke- en lichamelijke beperkingen ondersteunt. Het project 'Gezonde leefstijl' heeft als doel om beleid te maken over gezondheid, sport en bewegen en dit te implementeren in de gehele organisatie. Vanuit Sherpa blijkt dat de doelgroep NAH buiten dit project lijkt te vallen. Dit komt mede doordat bij Sherpa nog maar weinig bekend is over een passend sport- en beweegaanbod voor mensen met NAH. Dit is niet enkel relevant voor Sherpa, aangezien uit onderzoek naar voren komt

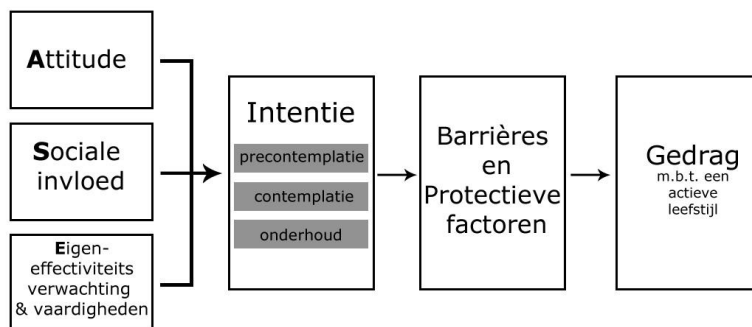
dat het aan resultaten ontbreekt om uitspraken te kunnen doen over programma's die gezondheid en lichamelijke fitheid voor mensen met NAH bevorderen (Braden et al., 2012; Driver, O'Conner, Lox, & Rees, 2004). Sherpa heeft als doel dit meer inzichtelijk te maken, zodat zij de doelgroep NAH meer kunnen sturen en motiveren vanuit een actieve leefstijl. De algemene doelstelling van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in welke factoren voor mensen met NAH samenhangen met het aannemen van een actieve of niet-actieve leefstijl, opdat aandachtspunten geformuleerd kunnen worden voor een passend activiteiten aanbod ten behoeve van mensen met NAH binnen de organisatie Sherpa. Omdat mensen met NAH vaak al weinig bewegen in het dagelijkse leven, is het voor dit onderzoek noodzakelijk om een actieve leefstijl te operationaliseren naar beweging in alledaagse situaties en beweging door deelname aan sportactiviteiten.

Gedragsdeterminanten

Het is belangrijk om te onderzoeken waar het probleem van te weinig sport en bewegen in het alledaagse leven bij mensen met NAH vandaan komt en hoe dit probleem opgelost kan worden middels gerichte gedragsbeïnvloeding. Hierbij wordt in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen mensen die actief sporten en mensen die niet actief sporten. Bovendien wordt bekeken of dit ligt aan condities, of dat het meer te maken heeft met verschil in intenties. Om dit goed te begrijpen is inzicht nodig in de achtergronden of determinanten (factoren die het gedrag bepalen) van het gedrag. Middels een gedragsdeterminantenanalyse wordt in dit onderzoek getracht het gedrag in de gewenste richting, namelijk een actievere leefstijl, te veranderen (Lechner, Kremers, Meertens, & De Vries, 2007). Om dit inzicht te verkrijgen wordt in deze studie gebruik gemaakt van het 'Attitude Sociale invloed Eigen effectiviteitsverwachting-model' (ASE-model), zoals weergegeven in Figuur 1, waarin enkele fases van het transtheoretische verklaringsmodel geïntegreerd zijn (Kloek, Van Lenthe, Van Nierop, Schrijvers, & Mackenbach, 2006; De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Gedrag wordt in het ASE-model beïnvloed door de intenties die een persoon heeft. De intentie wordt aan de hand van het transtheoretisch verklaringsmodel geoperationaliseerd in de *precontemplatie fase* (mensen hebben niet de intentie om een actieve leefstijl aan te nemen door bijvoorbeeld gebrek aan kennis), *contemplatie fase* (mensen merken op dat zij iets aan hun gedrag veranderen moeten en wegen de voor- en nadelen af) en *onderhoudsfase* (mensen hebben een actieve leefstijl en zijn van plan om ook actief te blijven). Verondersteld wordt dat *intentie* en gedrag op de eerste plaats worden bepaald door de volgende determinanten: *attitude* (wat iemand zelf van het gedrag vindt), *ervaren sociale invloed* (de invloed van wat

anderen vinden van het gedrag) en *eigen-effectiviteitsverwachting* (vertrouwen in eigen kunnen om het gedrag uit te voeren). Met *intentie* wordt de mate waarin iemand van plan is om een bepaald gedrag uit te voeren bedoeld (Baar, Wubbels, & Vermande, 2007; Van Es, Nagelkerke, Colland, Scholten, & Bouter, 2001; Lechner et al., 2007). Tevens wordt het uiteindelijke gedrag dat voortkomt uit de intenties van het individu mogelijk positief beïnvloed door de protectieve factoren van het individu, of negatief beïnvloed door de barrières die het individu ervaart (Lechner et al., 2007). In dit onderzoek worden de determinanten uit het ASE-model gekoppeld aan de doelstellingen om zodoende inzicht te krijgen in de gedachtegang van mensen met NAH ten aanzien van een actieve of niet-actieve leefstijl.

Figuur 1. Naar Kloek et al. (2006).



Doelstellingen

De eerste doelstelling is inzicht verkrijgen in het feitelijke sportgedrag en de beweging in het dagelijkse leven van mensen met NAH binnen de organisatie Sherpa. Dit is van belang omdat er weinig bekend is over sportgedrag bij NAH in het algemeen en over sporten die de fitheid en conditie van mensen met NAH verbeteren (Driver et al., 2004; Moosberg et al., 2010). Daarnaast suggereert eerder onderzoek dat mensen met NAH minder bewegen in het dagelijkse leven en minder vaak sport beoefenen in vergelijking tot de populatie zonder letsel (Ministerie van Volksgezondheid, 2011; Mossberg et al., 2010). Door de beperkingen die mensen met NAH ervaren ten opzichte van een actieve leefstijl en de confrontatie die hier mogelijk uit voort komt, is de kans aanwezig dat zij wel willen veranderen, maar niet de handvatten hebben om dit te bewerkstelligen. Te verwachten valt dat dit ook naar voren komt in het onderzoek. Ook valt te verwachten dat mensen die voor het krijgen van NAH veel gesport hebben het sporten ook sneller zullen oppakken (Hassett, Tate, Moseley, & Gillett, 2011).

De tweede doelstelling is inzicht verkrijgen in de attitude van mensen met NAH ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. Actieve leefstijl kan volgens Ajzen (1991) en

Lechner et al. (2007) geoperationaliseerd worden in zes kenmerken: *houding* (hoe staan ze zelf tegenover een actieve leefstijl), *kennis* (wat weten ze over een actieve leefstijl), *oordelen* (wat zijn de voor- en nadelen binnen een actieve leefstijl), *uitkomstverwachtingen* (sporten is leuk, plezierig), *gewoontes* (wellicht sport de patiënt al zijn hele leven en is het normaal) en *attributie* (hun beperking levert schaamte, angst en onzekerheid op). Om inzicht te verkrijgen in de attitude van mensen met NAH wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van drie fases van het transtheoretisch veranderingsmodel van Prochaska, DiClemente, and Norcross (1992). Wanneer duidelijk is hoe gemotiveerd mensen met NAH zijn om een actieve leefstijl aan te nemen, kan Sherpa het bewegingsaanbod makkelijker laten aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt (Kloek et al., 2006). In een onderzoek van Cantor et al. (2008) komt naar voren dat vermoeidheid een veel voorkomende klacht is. Andere onderzoeken suggereren dat de meerderheid van de patiënten vermoeidheid zien als zwaarste symptoom (LaChapelle & Finlayson, 1998; Olver, Ponsford, & Curran, 1996). De verwachting is dan ook dat vermoeidheid invloed heeft op de attitude van mensen met NAH en het uiteindelijk zorgt voor minder bewegen in het dagelijkse leven en deelname aan sportieve activiteiten. Hiernaast valt te verwachten dat mensen met NAH die geen actieve leefstijl hebben, in de precontemplatie fase zitten omdat zij minder inzicht hebben in het nut van bewegen en minder kennis hebben van wat bewegen oplevert (Kloek et al., 2006).

De derde doelstelling is inzicht verkrijgen in de ervaren sociale invloed van mensen met NAH ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. Volgens Lechner et al. (2007) valt ervaren sociale invloed te operationaliseren in *subjectieve norm*, *sociale druk/sociale steun* en *modelling*. De *subjectieve norm* is de verwachtingen van belangrijke anderen. Vrienden en familie kunnen de verwachting van een persoon met NAH hebben dat deze gaat zwemmen, omdat dit een aanbevolen sport is voor mensen met NAH (Archer, Svensson, & Alricsson, 2012). Een belangrijk punt hierbij is of de persoon zich wat van deze verwachtingen aantrekt, ook wel ‘*motivation of comply*’ genoemd. Bij *sociale steun* moeten we denken aan omstanders die de persoon steunen in het aannemen van een actieve leefstijl. Ouders kunnen bijvoorbeeld zeggen dat zwemmen goed is voor de conditie. Bij *sociale druk* kan je denken aan de verwachtingen die de persoon aansporen tot gedrag dat lijnrecht tegenover een actieve leefstijl staat. Als laatste operationalisatie heb je ‘*modelling*’, voorbeeldgedrag van anderen. Wanneer vrienden zwemmen dan kan een persoon eerder geneigd zijn om eveneens te gaan zwemmen. Doordat de persoon andere mensen met NAH ziet bewegen, is de drempel om zelf te bewegen lager. De verwachting is dat de mate van

bewegen afhangt van de invloed van de sociale omgeving bij een persoon met NAH (Driver, 2005). Ook werd verwacht dat mensen met NAH die een actieve leefstijl hebben zich eerder laten beïnvloeden door mensen uit hun omgeving, dan mensen die geen actieve leefstijl hebben (Van Lindert, De Jong, & Van den Dool, 2008).

De vierde doelstelling is inzicht verkrijgen in de eigen-effectiviteitsverwachting en vaardigheden van mensen met NAH ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. Eigen-effectiviteitsverwachting kan geoperationaliseerd worden in vier kenmerken: De *mate van controle van gedrag* (verwachting eigen vermogen), *magnitude* (eigen inschatting van moeilijkheid van de vaardigheden om te sporten), *generality* (eigen inschatting van problemen die sporten meebrengt), *strenght* (zelfvertrouwen in het uitvoeren sportgedrag) (Lechner et al., 2007). Verwacht werd dat als gevolg van het trauma de mensen het idee hebben minder vaardig te zijn en dat zij het lastig vinden dit te veranderen (Carroll & Coetzer, 2011). Bovendien is de kans groot dat het zelfvertrouwen met betrekking tot een actievere leefstijl is afgenomen bij mensen met NAH die niet actief zijn. Dit in tegenstelling tot mensen met NAH die wel actief zijn (McAuley, Mihalko, & Bane, 1996; McPhie & Rawana, 2012). Eveneens werd verwacht dat de vaardigheden die horen bij een goed herstel en wederom zo goed mogelijk functioneren, meer op de voorgrond staan dan de vaardigheden die horen bij een actieve leefstijl (Colantonio et al., 2004).

De vijfde doelstelling binnen deze studie is nagaan welke barrières en welke protectieve factoren mensen met NAH ervaren bij het aannemen van een actieve of niet-actieve leefstijl. Onder barrières verstaan we ‘de condities die een individu er van weerhouden om actief te zijn’. Protectieve factoren beïnvloeden juist het gedrag op een positieve manier (Lox, Martin, & Petruzzello, 2003). Uit een onderzoek van Rimmer et al. (2008) naar welke barrières mensen met een CVA (Cerebrovasculair accident) ervaren met betrekking tot bewegen, kwam naar voren dat kosten, niet weten waar een sportschool is, gebrek aan vervoersmiddelen, geen weet van hoe te moeten bewegen en geen weet van waar te bewegen de meest voorkomende zijn. Deze factoren die als barrières kunnen gelden, kunnen echter ook protectieve factoren zijn als de sportschool wel goed te vinden is en de persoon weet hoe te moeten bewegen (Rimmer, Riley, Wang, Rauworth, & Jurkowski, 2004). Ondanks de aanwezigheid van de verschillende obstakels om deel te nemen aan bewegingsactiviteiten, kunnen individuen leren omgaan met deze obstakels en er overheen groeien (Driver, Ede, Dodd, Stevens, & Warren, 2012). Verwacht wordt dat mensen met NAH die een actieve

leefstijl hebben minder barrières ervaren in het bewegen dan mensen zonder een actieve leefstijl (Kosma, Gardner, Cardinal, Bauer, & McCubbin, 2006).

Methode

Type onderzoek

Het onderzoek had als uitgangspunt meer inzicht te verkrijgen over de attitude, de ervaren sociale invloed, de eigen-effectiviteitsverwachting en barrières of protectieve factoren waardoor mensen met NAH beïnvloed worden in hun beweeg- en sportgedrag. Hierbinnen was een explorerende kwalitatieve onderzoeksbenadering het meest passend. Ten eerste omdat kwalitatief onderzoek een gedetailleerd beeld schetst van de werkelijkheid naar aard, waarde en eigenschap. Ten tweede is de exploratie gericht op het opsporen van relevante gegevens, het ordenen en categoriseren van deze gegevens in het ASE-model. Door het explorerende karakter konden in dit onderzoek ideeën, begrippen en hypothesen gegenereerd worden over de gedragsdeterminanten, barrières en protectieve factoren die van invloed waren op beweging en het sporten (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005). Hierdoor werd het mogelijk om de factoren, waardoor het gedrag van mensen met NAH gestuurd werd vanuit het perspectief van de onderzochten mensen, specifiek in kaart te brengen. Dit had als doel om het gedrag te beschrijven en waar mogelijk te verklaren (Boeije, 2005). Overigens was dit onderzoek een casestudie en werd er gebruik gemaakt van cross-sectioneel onderzoek. Een casestudie omdat de respondenten cliënten waren van de organisatie Sherpa en voor dagbesteding naar het Jan Ligthart activiteitencentrum in Bussum kwamen. De interviews werden op deze locatie onder alledaagse omstandigheden afgenomen en er werd getracht het geheel van de mogelijkheden en beperkingen van de praktijksituatie waarin mensen met NAH zich bevinden in beeld te krijgen (Baarde et al., 2005). Het was een cross-sectioneel onderzoek omdat alle gegevens op één moment in de tijd werden gemeten (Bernard, 2006). Met behulp van de door dit onderzoek verkregen informatie hoopte Sherpa hun bewegingsaanbod voor de doelgroep NAH te kunnen optimaliseren.

Populatie

De onderzoeksgroep bestond uit mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die onder behandeling of begeleiding stonden van organisatie Sherpa en een aantal dagdelen per week het Jan Lightart activiteitencentrum in Bussum bezochten. De leeftijd van deze mensen lag tussen de 29-73 jaar, met een gemiddelde van 49 jaar en een standaardafwijking van 12,22 jaar. Van de negen geïnterviewde respondenten waren vijf mannelijk en vier vrouwelijk. Kijkend naar de mate van mobiliteit werd gebruik gemaakt van ‘Gross Motor Function

Classification Scale' (Palisano, Rosenbaum, Bartlett, & Livingston, 2008), een schaal die veel wordt gebruikt bij kinderen met cerebrale parese, maar binnen Sherpa ook gebruikt wordt bij andere lichamelijke aandoeningen zoals NAH. Drie respondenten vielen onder 'level 1', zij konden lopen zonder beperkingen. Vier respondenten vielen onder 'level 2', zij konden lopen zonder hulpmiddelen, maar hadden beperkingen met lopen buiten en in de samenleving. Verder viel één persoon in 'level 3' en één persoon in 'level 5'. Level 3 is lopen met hulpmiddelen als een rollator of een kruk. Bij 'level 5' is de persoon ernstig beperkt in zijn mobiliteit, zelfs met het gebruik van hulpmiddelen.

Binnen dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een beredeneerde steekproef van typerende gevallen. Dat wil zeggen dat het een niet-aselecte steekproef was waarbij de respondenten gevraagd werden om mee te doen. In dit geval ging het om een groep mensen met NAH die in een vergelijkbare situatie (dagbesteding voor mensen met NAH) veel voorkomt (Baarde et al., 2005). De beperkingen van deze cliënten waren uiteenlopend en daarom zijn deze ook niet meegenomen in de selectiecriteria. De selectiecriteria in dit onderzoek hebben het mogelijk gemaakt om de resultaten overdraagbaar te maken op vergelijkbare of overeenkomstige situaties. Baarde et al. (2005) noemt dit inhoudelijke generalisatie.

Onderzoeksinstrument

In dit onderzoek is gekozen voor een halfopen, oftewel semigestructureerd interview. Hierbij werd gebruik gemaakt van een topiclijst waarmee de opbouw van het interview al enigszins voorgestructureerd was en er een voorkeursvolgorde van open vragen was aangegeven. Omdat het om kwalitatief onderzoek ging was het mogelijk tijdens het interview af te wijken van de volgorde van de vragen (Baarda et al., 2005). Een semigestructureerde opzet bood voldoende sturing om alle informatie te verkrijgen die interessant was voor dit onderzoek en liet daarnaast voldoende ruimte om dieper in te gaan op de antwoorden van de respondenten. Hierdoor was het mogelijk om zicht te krijgen op de onderliggende attitudes, de ervaren sociale invloed, de eigen-effectiviteitsverwachting en de barrières of protectieve factoren van mensen met NAH op beweeg- en sportgedrag. Om de betrouwbaarheid van de interviews te verhogen sloot de interviewer elk topic af met muteren, het kort en bondig samenvatten van gesproken tekst. Door een samenvatting of parafrase te geven van hetgeen de respondent heeft gezegd werd gecontroleerd of de interviewer alles goed begrepen had wat de respondent had verteld. Ook kreeg de tweede interviewer de mogelijkheid om nog vragen te stellen. Voor de betrouwbaarheid begonnen alle interviews met een gespreksintroductie.

Hierbij werd de doelstelling van het interview aan de respondent uitgelegd. Tevens werd de tijdsduur gegeven en nam de interviewer samen met de respondent de onderdelen van de topiclijst door. Een belangrijk onderdeel van de introductie was de legitimatie van de onderzoeksmiddelen zoals opnameapparatuur en aantekeningen, maar ook het waarborgen van de anonimiteit. Omdat mensen met NAH het als moeilijk konden ervaren te begrijpen wat een actieve leefstijl inhield, gaven de interviewers vooraf aan een korte uitleg hierover. De topics in de topiclijst waren operationeel geformuleerd vanuit de specifieke doelstellingen van dit onderzoek. Om de betrouwbaarheid te waarborgen dienden de doelstellingen van dit onderzoek in deze topiclijst als leidraad voor de vragen die aan de orde kwamen (Baarda et al., 2005). Bij topic één trachtte de interviewer algemene informatie te verkrijgen over het beweeg- en sportgedrag van mensen met NAH. Voorbeelden van vragen waren: Doet u aan sport? Hoe beweegt u in het dagelijkse leven? Topic twee ging in op de attitude van de respondent voor het hebben van een actieve leefstijl. Vragen die gesteld werden bij dit topic: Wat betekent voldoende bewegen voor u? Hoe belangrijk is bewegen voor u? Het derde topic was ervaren sociale invloed. Vragen hierbij waren: Kunt u personen noemen die invloed hebben op u beweging? Hoe ondersteunt Sherpa u met bewegen? Bij topic vier ging het over de mate van vertrouwen in eigen vermogen en vaardigheden van de respondent. Voorbeeldvragen waren: Over welke vaardigheden beschikt u om voldoende te bewegen? Heeft u vertrouwen in deze vaardigheden? Het vijfde topic had betrekking op de omgevingsfactoren die de respondent of ondersteunen of juist weerhouden om actief te bewegen. Vragen die gesteld werden bij dit topic waren: Wat helpt u om voldoende te bewegen? Wat weerhoudt u om voldoende te bewegen?

Procedure

Sherpa was aanvankelijk benaderd via de mail met de vraag of zij interesse hadden in een onderzoek. Daarop volgend heeft een gesprek plaatsgevonden, waarin de onderzoekers en de instelling tot een overeenstemming zijn gekomen. Via een fysiotherapeut van de organisatie is er contact gelegd met het Jan Ligthart activiteitencentrum waarna een kennismaking op locatie plaatsgevonden heeft. Na een introductie van de onderzoekers aan de respondentengroep is er gezocht naar vrijwilligers die aan de voorwaarden van de onderzoekers voldeden. Respondenten konden zich aanmelden en sommige werden door de begeleiding verbaal gemotiveerd om mee te doen met het interview. De interviews zijn individueel afgenomen en vonden plaats in het 'Jan Ligthart' activiteitencentrum of in

enkele gevallen bij de respondent thuis. De gemiddelde duur van de interviews was 48 minuten.

Zoals eerder is beschreven was een belangrijk gedeelte binnen het interview de legitimatie. Deze is informed consent uitgevoerd, wat inhoudt dat de respondent van te voren schriftelijk akkoord is gegaan met het laten opnemen van het interview en bijschrijven van aantekeningen. Om de betrouwbaarheid van de interviews te verhogen werden alle interviews opgenomen met een spraakrecorder en waren er twee onderzoekers aanwezig tijdens de interviewafname. Doordat de twee onderzoekers elkaar konden controleren tijdens het interview werden de antwoorden van de respondent minder beïnvloed door de gedachtegang van een enkele interviewer, waardoor de betrouwbaarheid werd verhoogd. Dit betekent dat wanneer dit onderzoek gedaan wordt door andere onderzoekers, die gebruik maken van dezelfde vragenlijst, het resultaat gelijk blijft (Baarda et al., 2005).

De individuele invulling van de interviewers was op elkaar afgestemd en van tevoren nauwkeurig besproken. Hierdoor is de betrouwbaarheid verhoogd. Hiernaast kreeg de respondent tijdens het interview de mogelijkheid om na te gaan of de interviewer de informatie goed begrepen had, doordat de interviewer na elke topic een samenvatting gaf.

De interviews zijn verbatim uitgetypt en vervolgens met een kwalitatieve analyse geanalyseerd. (Baar, 2002; Baarda et al., 2005). Door middel van de analyse is er structuur in de verkregen data aangebracht. Vervolgens zijn er middels analytische inductie, het vergelijken van concrete uitspraken op een systematische manier, kernlabels gemaakt per doelstelling. Elk label is voorzien van een code zodat voor derden de verschillende analysestappen te controleren zijn tot op het niveau van de labels in de tekst zelf. Om de validiteit van het onderzoek te verhogen zijn de labels zo veel mogelijk een precieze weergave van wat de respondent heeft gezegd. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen is er stapsgewijs gewerkt aan de analyse, zodat er precies kan worden nagegaan hoe tot de kernlabels is gekomen. Doordat alle stappen zichtbaar zijn, is het onderzoek herhaalbaar (Baar, 2002).

Resultaten

In deze sectie zullen de resultaten, die voortkomen uit de negen interviews met mensen met NAH, besproken worden aan de hand van de doelstellingen van dit onderzoek. De resultaten zullen door middel van kernlabels (hierna cursief in de tekst) en citaten verduidelijkt worden. Ook zal duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen respondenten met een actieve leefstijl en respondenten met een niet-actieve leefstijl. Het is belangrijk de

resultaten te zien als een indicatie van alle verkregen informatie. Alleen de meest belangrijke resultaten, welke relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksdoelstellingen, zullen worden genoemd.

Algemene informatie

Uit de interviews is gebleken dat twee derde van de respondenten aan *sport* deed en participeerde in sportieve activiteiten. Van de sportende respondenten deden er vier aan zwemmen en één heeft bij een sportschool gefitnesst. Een derde van de sportende respondenten deed *geen sport bij Sherpa* maar bij een externe sportvereniging. Als reden hiervoor noemden zij dat Sherpa geen uitdaging bood. Daarnaast waren er ook respondenten die *bewust niet sporten* doordat zij weinig interesse in sporten hadden. Naast de sportende respondenten waren acht respondenten *actief* in het alledaagse leven. Hieronder vielen mensen die fietsten of wandelden, maar ook respondenten die in het huishouden meer of minder zelfstandig waren. Enkel drie van de negen respondenten sportten of bewogen regelmatig en voldeden daardoor aan de voorwaarden voor een actieve leefstijl. Vijf respondenten hadden in het verleden voordat zij hersenletsel kregen veel en regelmatig gesport. Van deze vijf was er enkel één met een actieve leefstijl. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat drie niet-actieve respondenten die in het verleden veel gesport hebben van plan waren om in toekomst weer actiever te sporten. Ook behoorde sporten op het moment niet tot hun voornaamste *prioriteiten*. Zij waren vooral bezig met het mentale herstel van hun letsel.

“...je moet niet vergeten, de eerste vijf jaar ben je niets anders bezig dan met je hoofd, dus dan heeft het weinig zin om aan sport te denken. Je moet weer vanaf nul beginnen en als je ziet waarvan ik vandaan kom, dan ben ik hartstikke blij dat ik zo weer ben dat ik weer terug kon.” [Respondent 1, niet actief]

Attitude

Bewegen levert iets op. Zowel respondenten met een actieve leefstijl als de respondenten zonder hadden de houding dat bewegen iets opleverde. Sporten werd niet enkel als leuk ervaren maar respondenten benoemden dat beweging gezond was voor het lichaam. Zo gaven respondenten aan dat beweging de spieren los maakt en voorkomt dat ze stijf gaan voelen. Respondenten hadden een *positieve instelling* met betrekking tot bewegen. Zij noemden dat actief blijven belangrijk was en dat een positieve houding hielp met bewegen. Ondanks de positieve houding heerste er veel *onwetendheid* over wat actief bewegen inhield en wat het op kon leveren. De respondenten konden wel noemen dat je *actief moest blijven* door te bewegen in huis en mobiel te blijven, maar van de richtlijnen voor bewegen wist

niemand iets af. Hierin was geen verschil tussen de respondenten met een actieve leefstijl en de anderen. De oordelen over bewegen die respondenten hadden waren in te delen in *positieve en negatieve gevolgen*. Respondenten hebben aangegeven dat ze door bewegen energie kwijt kunnen en dat het helpt met conditie opbouwen. Daarnaast was afvallen een bijzaak van sporten en voelde een respondent zich meer valide door beweging. *Trainen is vermoeiend* werd vooral genoemd als negatief gevolg. Bij enkele respondenten werd beweging ook beïnvloed door uitkomstverwachtingen. Sommigen wilden er *niet meer aan beginnen* omdat zij zich te oud voelden en anderen gingen alleen sporten als zij zich *bewust van de uitkomst* waren.

“Dat je lekker in je vel zit, lekker je lichaam los. Ook een belangrijke bijzaak bij mij is afvallen. Ik ben na mijn ongeluk zoveel zwaarder geweest, ik ben zo’n twintig kilo kwijt.” [Respondent 7, actief]

Ervaren sociale invloed

Je moet wat ondernemen. Personen uit de omgeving van respondenten hadden weinig invloed op de leefstijl van respondenten. Enkele respondenten zonder een actieve leefstijl gaven aan dat de omgeving zei dat ze wat moesten ondernemen. Maar tegelijkertijd waren het ook vooral mensen zonder een actieve leefstijl die zeiden dat niemand invloed had op hun beweging. *Sport* werd door veel respondenten gezien als *individueel*. Respondenten hadden vooral zelf invloed op hun actieve leefstijl. Het werd echter wel als prettig ervaren als respondenten *steun* kregen vanuit hun omgeving. Respondenten werden vooral vanuit hun directe omgeving ondersteund bij het uitoefenen van sport, maar in enkele gevallen ook bij beweging in het alledaagse leven. De ondersteuning van begeleiders in het Jan Ligthart activiteitencentrum en de activiteiten die daar aangeboden werden, ervoeren respondenten als prettig. De ondersteuning van Sherpa richtte zich voornamelijk op het bewegen in het alledaagse leven. Maar in de sportbeoefening voelden zich weinig respondenten ondersteund door Sherpa. Ook hier viel op dat er weinig verschil was in ervaren sociale invloed tussen respondenten met een actieve leefstijl en respondenten zonder. Respondenten met een actieve leefstijl hadden vaker een voorbeeldfiguur waardoor zij sportten.

“Bewegen, dat is op eigen initiatief. Ze hebben hier verschillende activiteiten of mogelijkheden tot activiteiten maar de cliënt bepaalt wat die wil. Dus ze gaan niet sturend werken. Ze hebben yoga en zwemmen hebben ze ook weet ik. Ik zou dat ook kunnen doen maar ik wil het niet en hun promoten dat ook niet.” [Respondent 8, actief]

Eigen effectiviteitsverwachting

Eigen mogelijkheid. Het merendeel van de respondenten heeft aangegeven mobiel te zijn. Zo zeiden bijna alle respondenten dat het bewegen nog goed functioneerde. Wel ging dit gepaard met veel *lichamelijke disfunctie* voor zowel de respondenten met een actieve leefstijl als met een niet-actieve leefstijl. De lichamelijke klachten bij mensen met een niet-actieve leefstijl kwamen in hevigere mate naar voren, wat een actiever bestaan tegenhield. Eén respondent gaf aan dat hij door veel herhaling en oefenen meer *vaardig* is geworden. De andere respondenten spraken verder niet over wat therapie of regelmatig oefenen voor meerwaarde had op hun eigen vermogen. Verder vertelden respondenten dat zij *zelfkennis* hebben in wat zij wel of niet kunnen. Een actieve of niet-actieve houding maakte hierin geen duidelijk verschil. Er waren echter enkele respondenten met een niet-actieve leefstijl die aangaven *weinig zelfinzicht* te hebben in hun eigen vaardigheden.

“Ja doordat je het vaak genoeg doet heb je die vaardigheid wel. Als ik aan een andere sport zou moeten beginnen dan heb je weer die onzekerheid, faalangst. Wat ik heel veel heb gehad ook bij het trainen.” [Respondent 5, actief]

“Nou ik denk ook een hoop zelfvertrouwen, dat je dus vanuit je hoofd weet wat je kan en wat je niet kan. Bepaalde dingen zijn moeilijk en bepaalde dingen gaan makkelijk.” [Respondent 3, niet actief]

Barrières en protectieve factoren

Uit de interviews kwam eveneens naar voren dat er barrières waren op verschillende vlakken die een actieve leefstijl in de weg stonden. Zo waren er barrières op *materialistisch* vlak, die het onmogelijk maakten om actiever te zijn. Een derde van de respondenten gaf financiën aan als negatieve factor, maar ook hier was wederom geen duidelijk verschil met respondenten met een actieve leefstijl of een niet-actieve leefstijl. Alle respondenten gaven tijdens hun interview aan dat NAH *beperkt* in het aannemen van een actieve leefstijl. Dit kon op lichamelijke wijze, hierin was geen significant verschil tussen een actieve en niet-actieve leefstijl. Wel kwam uit de resultaten naar voren dat respondenten met een niet-actieve leefstijl eerder aangaven moe te zijn. Verder gaf een aantal respondenten aan angstig te zijn bij het uitvoeren van bepaalde activiteiten, maar ook hiervoor gold dat dit niet eenduidig ging om niet-actieve mensen. Daarentegen kwam een slecht oriëntatievermogen wel alleen voor bij sommige respondenten met een niet-actieve leefstijl, waardoor ze afhankelijk waren van

andere mensen om bijvoorbeeld te gaan wandelen. Overigens waren er ook *beperkingen door omgeving*. Uit de resultaten bleek dat actieve respondenten zich eerder lieten beïnvloeden door barrières die voortkwamen uit omgevingsfactoren. Hierbij kon gedacht worden aan onbegrip over NAH, groepssport, te veel structuur en geen partner voor tandemfietsen.

Uit de interviews bleek dat Sherpa een protectieve factor was bij het doen van activiteiten m.b.t. bewegen, wel kwam dit voor een groot deel naar voren bij respondenten die nog geen actieve leefstijl hadden. Bijna de helft gaf aan dat Sherpa hen steunde. Ook *persoonlijke factoren* speelden een belangrijke rol in het al dan niet aannemen van een actieve leefstijl. Zo bleek dat alle respondenten met een actieve leefstijl vertrouwen een belangrijke factor vonden bij het aannemen van een actieve leefstijl. Bij niet-actieve mensen was dit maar een derde.

“Soms moe. Maar ik denk van lopen, ik loop en ik doe echt alles wat ik doe. Soms wil ik nog meer dingen doen, maar dat gaat dan niet omdat ik te moe ben.” [Respondent 9, niet actief]

“Ja ik merk toch dat mensen die geen handicap hebben bij een normale sportschool zitten. Waar jij ook bij komt, ja als het minder gaat met jou. Is het teamsport. Dat ze dan al snel aan stempel geven van ja irriterend.” [Respondent 5, actief]

Discussie

De eerste doelstelling van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in het feitelijke sportgedrag en de beweging in het dagelijkse leven van mensen met NAH binnen de organisatie Sherpa. Verwacht werd dat, door de beperkingen die mensen met NAH ervaarden ten opzichte van een actieve leefstijl en de confrontatie die hier mogelijk uit voort komt, zij wel wilden veranderen, maar niet de handvatten hadden om dit te bewerkstelligen (Ministerie van Volksgezondheid, 2011; Mossberg et al., 2010). Tevens werd verwacht dat mensen die voor het krijgen van NAH veel gesport hadden, het sporten ook sneller zouden oppakken. Uit de resultaten blijkt dat mensen met NAH wel enkele keren per week gingen sporten (zwemmen) en sommigen actief bewogen in het dagelijkse leven door te wandelen, maar dat de meerderheid niet voldeed aan de richtlijnen voor een actieve leefstijl (Hildebrandt et al., 2007). Conform de verwachtingen wou een aantal respondenten wel vaker gaan sporten, maar door hun letsel moesten zij veel dingen opnieuw leren en was er dus terecht sprake van een tekort aan vaardigheden. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Mossberg et al., 2010). Wanneer gekeken wordt naar het sportverleden voor het krijgen van NAH, kan afgeleid worden dat tegen de verwachting in een verleden met sporten weinig invloed had op

het oppakken van een actieve leefstijl. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een actieve leefstijl beïnvloed wordt door een samenspel van verschillende factoren. Hierbij kan gedacht worden aan persoonlijke factoren (verleden met sport), omgevingsfactoren (sociale invloed, barrières), lichamelijk functioneren en mate van NAH (Hassett et al., 2011).

De tweede doelstelling was inzicht verkrijgen in de attitude van mensen met NAH, ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. De verwachting was dat vermoeidheid invloed had op de attitude van mensen met NAH en het uiteindelijk zou zorgen voor minder bewegen in het dagelijkse leven en deelname aan sportieve activiteiten. Hiernaast viel te verwachten dat mensen met NAH die geen actieve leefstijl hadden, in de precontemplatie fase (Kloek et al., 2006) zaten omdat zij minder inzicht hadden in het nut van bewegen en minder kennis hadden van wat bewegen opleverde. Conform de verwachting werd vermoeidheid als een reden genoemd om geen actieve leefstijl aan te nemen (Olver et al., 1996).

Gebruikmakend van de resultaten van doelstelling één kon geconcludeerd worden dat er bij de respondenten zonder een actieve leefstijl een splitsing gemaakt kon worden in respondenten die wel wilden veranderen (contemplatiefase) en respondenten die niet sportten door een gebrek aan interesse (precontemplatie fase) (Kloek et al., 2006). Tegen de verwachting in kwam uit de resultaten naar voren dat zowel respondenten met een actieve leefstijl als respondenten zonder de houding hadden dat bewegen iets oplevert, gezond is en de spieren los maakt. Verder was er nauwelijks verschil in welke kennis respondenten met een actieve of niet-actieve leefstijl hadden ten aanzien van wat voldoende bewegen inhield en opleverde. Bovendien had niemand weet van de landelijke norm voor bewegen. Een mogelijke oorzaak hiervoor zijn de cognitieve disfuncties waarmee mensen met NAH kampen, waaronder geheugenverlies en een verminderd vermogen om nieuwe informatie te onthouden (Van den Broek, 1999). Hiernaast kunnen denkprocessen, woordenbegrip en leesvaardigheden als gevolg van NAH minder goed werken en maken het voor een persoon moeilijk om kennis te verkrijgen over de positieve gevolgen van een actieve leefstijl (Bullock, Gable, & Mohr, 2005). Het is daarom aan te bevelen om naar alternatieve manieren te zoeken om kennis over een actieve leefstijl over te brengen aan mensen met NAH die vervolgens ook begrepen en onthouden wordt.

De derde doelstelling was inzicht verkrijgen in de ervaren sociale invloed van mensen met NAH ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. Verwacht werd dat de mate van bewegen afhangt van de invloed van de sociale omgeving bij een persoon met NAH. Tevens werd verwacht dat mensen met NAH die een actieve leefstijl hadden zich eerder lieten

beïnvloeden door mensen uit hun omgeving, dan mensen die geen actieve leefstijl hadden. Tegen de verwachting in zeiden de respondenten dat de sociale omgeving weinig invloed had op hun actieve leefstijl. Er werd vaak genoemd dat ondersteuning prettig was, maar zij ondervonden sport en bewegen als iets individueels waar zij vooral zelf invloed op hadden. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de sociale participatie na een hersenletsel afneemt en de directe omgeving een overbeschermd houding aanneemt waardoor mensen met NAH eerder in een isolement terecht komen. Hierdoor krijgen zij het gevoel om niet in staat te zijn om een actieve leefstijl te hebben (Driver, 2005; Finset, Dyrnes, Krogstad, & Berstad, 1995). Er kan geconcludeerd worden dat respondenten door Sherpa vooral ondersteund werden in bewegen in het alledaagse leven, maar minder in sporten. Bovendien had de sociale omgeving meer invloed op het sporten dan op het bewegen in het alledaagse leven. Er is bewijs gevonden voor de verwachting dat de sociale omgeving een grotere invloed had op mensen met een actieve leefstijl. Mensen zonder een actieve leefstijl zeiden dat niemand invloed had op hun leefstijl. Dit is in overeenstemming met de literatuur (Van Lindert et al., 2008).

De vierde doelstelling was inzicht verkrijgen in de eigen effectiviteitsverwachting en vaardigheden van mensen met NAH ten opzichte van een actieve of niet-actieve leefstijl. Er werd verwacht dat als gevolg van het trauma de mensen het idee hadden minder vaardig te zijn en dat zij het lastig vonden dit te veranderen. Bovendien was de kans groot dat het zelfvertrouwen met betrekking tot een actievere leefstijl zou afnemen bij mensen met NAH die niet actief waren, in tegenstelling tot mensen met NAH die wel actief waren. Eveneens werd verwacht dat de vaardigheden die hoorden bij een goed herstel en wederom zo goed mogelijk functioneren meer op de voorgrond zouden staan, dan de vaardigheden die hoorden bij een actieve leefstijl. Aan de eerste verwachting is niet voldaan, omdat de respondenten niet het idee hadden minder vaardig te zijn door lichamelijke disfunctie. Wel bleek uit de resultaten dat lichamelijke klachten voor zowel respondenten met een actieve leefstijl als met een niet-actieve leefstijl van negatieve invloed was op hun vaardigheden m.b.t. bewegen, aangezien het hen beperkte in bijvoorbeeld lopen en fietsen. Verder functioneerden bepaalde lichaamsfuncties minder goed, waardoor eveneens het bewegen werd belemmerd. Uit literatuur blijkt dat dit voor een groot gedeelte te maken heeft met het vertrouwen dat mensen nog hebben in hun eigen vaardigheden. Mensen met NAH ervaren minder zelfvertrouwen als gevolg van hun hersenletsel. Dit vertrouwen wordt beïnvloed door de mate van de ernst van NAH (Carroll & Coetzer, 2011). Ook is bewegen belangrijk voor het welzijn van de persoon,

mensen die meer een actieve leefstijl hebben zullen beter in hun vel zitten en daardoor meer zelfvertrouwen in zichzelf hebben (Tomberg, Toomela, Pulver, & Tikk, 2005). Conform de verwachting is gebleken dat veel respondenten vaardigheden die nodig waren voor het bewegen in het alledaagse leven belangrijker vonden dan vaardigheden die nodig waren voor het beoefenen van sport. Eerder onderzoek bevestigt deze bevindingen, want hieruit blijkt dat de lange termijn gevolgen van NAH in veel gevallen invloed hebben op het functioneren. Herstel dient zich daarom te richten op functionele eigenschappen waaronder psychosociaal functioneren, onafhankelijkheid, mobiliteit en de uitvoering van dagelijkse activiteiten (Colantonio et al., 2004).

De vijfde doelstelling was nagaan welke barrières en welke protectieve factoren mensen met NAH ervaren bij het aannemen van een actieve of niet-actieve leefstijl. Verwacht werd dat mensen met NAH die een actieve leefstijl hadden minder barrières ervaren in het bewegen dan mensen zonder een actieve leefstijl. Uit de resultaten is gebleken dat aan de verwachting niet wordt voldaan. Zowel respondenten met een actieve leefstijl, als mensen zonder actieve leefstijl ervaren barrières. Er is wel enig verschil te zien tussen de barrières. Zo noemden mensen zonder een actieve leefstijl angst om te bewegen en vermoeidheid als barrières. Daarentegen ervaren mensen met een actieve leefstijl onbegrip van anderen en groepssport meer als barrière. Uit literatuur blijkt dat mensen met een actieve leefstijl vaak meer het belang inzien van een actieve leefstijl en daarom eerder met eigen oplossingen komen om barrières te verminderen (Kosma et al., 2006). Dit kan gedeeltelijk het verschil in barrières verklaren omdat de actieve respondenten al actief waren en daardoor met barrières in aanraking kwamen die met de praktijksituatie te maken hadden. Verder kan geconcludeerd worden dat mensen zonder een actieve leefstijl meer baat hebben bij steun door Sherpa. Persoonlijke factoren spelen eveneens een belangrijke rol als protectieve factoren. Respondenten met een actieve leefstijl noemden dat zelfvertrouwen helpt bij het bewegen .

De algemene doelstelling van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in welke factoren voor mensen met NAH samenhangen met het aannemen van een actieve of niet-actieve leefstijl. Gebruikmakend van het ASE-model kan geconcludeerd worden dat de intentie van respondenten om actief gedrag te vertonen niet erg verschilde tussen mensen die al een actieve leefstijl hadden en mensen die geen actieve leefstijl hadden. Zo hadden beide groepen de houding dat bewegen iets oplevert en gezond is. Door een tekort aan kennis wisten de respondenten echter niet hoeveel lichaamsbeweging nodig is voor een gezond leven. Uit de

uitspraken van respondenten valt af te leiden dat Sherpa geen actieve rol had in het aansturen en motiveren van cliënten. Voornamelijk mensen zonder actieve leefstijl gaven aan geen sociale ondersteuning te krijgen. Meer ondersteuning van Sherpa zou voor hun wel als protectieve factor kunnen dienen. Mensen met een actieve leefstijl ervaarden invloed omdat andere mensen uit hun omgeving voorbeeldfiguren waren om meer te bewegen. Doordat cliënten veel bezig waren met het herstellen van hun letsel was sporten in veel gevallen niet de voornaamste prioriteit. Respondenten vonden vaardigheden die nodig waren voor het uitvoeren van alledaagse handelingen belangrijker dan vaardigheden die nodig waren voor sport. Hierbij spelen barrières ook een rol. Respondenten zonder een actieve leefstijl benoemden vooral persoonlijke invloeden (angst) als voornaamste barrières, terwijl mensen met een actieve leefstijl meer externe barrières noemden zoals onbegrip. Een groot zelfvertrouwen als protectieve factor verklaarde waarom respondenten met een actieve leefstijl ondanks hun barrières sport beoefenden en voldeden aan de richtlijnen van een actieve leefstijl.

Methodische kanttekeningen

Binnen deze studie is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek met een halfgestructureerde vragenlijst. Uit de interviews is gebleken dat deze manier van onderzoeken niet geheel geschikt was voor de doelgroep NAH, omdat zij het lastig vonden om zelf antwoorden te formuleren of te bedenken. Respondenten spraken zichzelf regelmatig tegen in hun antwoorden en bij een aantal was veel sturing nodig omdat zij zelf geen antwoord konden bedenken. Daarom is het aan te bevelen in een vervolgonderzoek gebruik te maken van een kwantitatieve face to face survey, waarbij een combinatie toegepast wordt van gesloten vragen waar de antwoordmogelijkheden al vast liggen en enkele open vragen waarop de respondent antwoord kan geven (Neuman, 2012). Ook was tijdens de interviews op te merken dat de respondenten in hun antwoorden meegegaan zijn in de voorbeelden die gegeven werden. Doordat de interviewers nog geen kennis hadden opgedaan met de doelgroep en het afnemen van interviews bij deze doelgroep, werd het eerste interview gebruikt als proef om te kijken hoe goed de respondent de vragen begreep. Naar aanleiding van het eerste interview is de topiclijst volledig aangepast om de vragen beter aan te laten sluiten bij de doelgroep. Een belangrijk punt is het ontbreken van ervaring van de onderzoeker met kwalitatieve interviews. Er was wel sprake van beheersing van de basisvaardigheden voor het voeren van gesprekken zoals parafraseren, verbaal volgen en het gebruik van stiltes (Lang & Van der Molen, 2004), maar het ontbrak aan ervaring in het toepassen van kwalitatieve

technieken. Uit de analyse bleek dat vragen niet altijd goed geformuleerd waren en op bepaalde momenten niet goed doorgevraagd werd (Baarda et al., 2005). Het onderzoek was cross-sectional van aard. Hierdoor zijn de gegevens een momentopname. Het is daarom aan te bevelen een vergelijkbaar onderzoek te herhalen om te onderzoeken of de intentie van mensen met NAH veranderd is naar aanleiding van dit onderzoek (Bernard, 2006).

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een beredeneerde steekproef waarbij respondenten gevraagd werden om mee te doen. Hierbij is weinig rekening gehouden met de diversiteit tussen de verschillende niveaus NAH. Wat betekent dat het onderzoek niet te generaliseren valt en de externe validiteit laag is. Het is aan te bevelen in een vervolgonderzoek bij de selectie van onderzoekseenheden meer rekening te houden met de differentiatie in de mate van NAH, omdat de doelgroep NAH heel heterogeen is. Verder maakt deze casestudie het echter wel mogelijk om op inhoudelijke gronden te generaliseren naar andere dagbestedingsvormen voor mensen met NAH. Hierbij moeten andere dagbestedingsvormen voldoen aan bepaalde kenmerken of criteria, waardoor de resultaten in soortgelijke situaties vergelijkbaar zijn (Baarda et al., 2005).

Aandachtspunten

Een belangrijke taak voor Sherpa is het verbeteren van de communicatie naar de cliënten toe, op het gebied van bewegen. Hierbij kan gedacht worden aan informatie over het nut van bewegen en welke mogelijkheden er zijn om te bewegen. Ook is het van belang om stil te staan bij de gevolgen van actieve beweging. Respondenten geven vermoeidheid en pijn als reden om niet te sporten. Het lijkt alsof zij niet kunnen plaatsen waar deze pijn vandaan komt en wat de betekenis is van deze pijn. Het is van belang mensen met NAH meer inzicht te laten krijgen in wat bewegen oplevert op lange termijn. Wanneer het belang van bewegen duidelijk wordt gemaakt, door bijvoorbeeld maandelijks informatie te geven over dit onderwerp op een manier die passend is bij de doelgroep, zal een actievere leefstijl meer gaan leven. Dit komt omdat hun geheugen steeds wordt opgefrist en ze regelmatig herinnerd worden aan wat nodig is om een actieve leefstijl te hebben en wat de gevolgen zijn van het hebben van een actiever bestaan. Dit effect kwam al naar voren tijdens de interviews, respondenten wilden gelijk weer bepaalde activiteiten oppakken die ze een tijd niet meer hadden gedaan.

Tevens is het misschien mogelijk dat cliënten met NAH meer gebruik maken van de faciliteiten van Sherpa. Bijvoorbeeld de faciliteiten op het terrein van Sherpa in Baarn, of de fitnessruimte in een woning van cliënten in Naarden. Bovendien zijn er binnen de organisatie

fysiotherapeuten en bewegingsagogen die worden ingezet bij verschillende doelgroepen van Sherpa, maar nog niet zozeer bij de NAH cliënten. Hierdoor kan ingespeeld worden op het feit dat mensen met NAH als gevolg van hun letsel minder vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden. Zij leren binnen de bewegingsagogie weer vertrouwen te krijgen in hun eigen lichaam en ervaren welke mogelijkheden zij hebben ten aanzien van bewegingsactiviteiten. Daarnaast kan gekeken worden naar de manier waarop informatie overgebracht wordt. Het gebrek aan kennis maakt duidelijk dat de huidige informatie niet toegankelijk genoeg is.

Een ander punt is de ervaren sociale invloed met betrekking tot een actieve leefstijl. Respondenten noemen dat zij het fijn vinden gemotiveerd te worden. Bovendien kan de nadruk op een actieve leefstijl meer worden gelegd door de medewerkers van Sherpa, door bijvoorbeeld tijdens de middagpauze standaard een wandeling in te roosteren. Wanneer de medewerkers meer worden ingezet als voorbeeldfiguren en cliënten zich kunnen optrekken aan hen, dan zou de verleiding meer aanwezig zijn om een actievere leefstijl aan te nemen.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Archer, T., Svensson, K., & Alricsson, M. (2012). Physical exercise ameliorates deficits induced by traumatic brain injury. *Acta Neurol Scand*, 125, 293-302. doi:10.1111/j.1600-0404.2011.01638.x
- Baar, P. (2002). *Training kwalitatieve analyse voor pedagogen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Baar, P., Wubbels, T., & Vermande, M. (2007). Algemeen methodische voorwaarden voor effectiviteit en de effectiviteitspotentie van Nederlandstalige antipestprogramma's voor het primair onderwijs. *Pedagogiek*, 27, 71-90.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bernard, H. R. (2006). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Oxford: AltaMira Press.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Braden, C. A., Cuthbert, J. P., Brenner, L., Hawley, L., Morey, C., Newman, J., ... Harrison-Felix, C. (2012). Health and wellness characteristics of persons with traumatic brain injury. *Brain injury*, 26, 1315-1327. doi:10.3109/02699052.2012.706351
- Bullock, L. M., Gable, R. A., & Mohr, J. D. (2005). Traumatic brain injury: A challenge for educators. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 49, 6-10. doi:10.3200/PSFL.49.4.6-10
- Cantor, J. B., Ashman, T., Gordon, W., Ginsberg, A., Engmann, C., Egan, M., ... Flanagan, S. (2008). Fatigue after traumatic brain injury and its impact on participation and quality of life. *Journal of Head Trauma & Rehabilitation*, 23, 41-51. doi:10.1097/01.HTR.0000308720.70288
- Carroll, E., & Coetzer, R. (2011). Identity, grief and self-awareness after traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 289-305. doi:10.1080/09602011.2011.555972

- Colantonio, A., Ratcliff, G., Chase, S., Kelsey, S., Escobar, M., & Vernich, L. (2004). Long term outcomes after moderate to severe traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation, 26*, 253-261. doi:10.1080/09638280310001639722
- Cooper, R. A., Quantrano, L. A., Axelson, P. W., Harlan, W., Stineman, M., Franklin, B., ... Painter, P. (1999). Research on physical activity and health among people with disabilities: A consensus statement. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 36*, 142-154.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research, 3*, 273-282. doi:10.1093/her/3.3.273
- Driver, S. (2005). Social support and the physical activity behaviours of people with a brain injury. *Brain Injury, 19*, 1067-1075. doi:10.1080/02699050500149338
- Driver, S., Ede, A., Dodd, Z., Stevens, L., & Warren, A. M. (2012). What barriers to physical activity do individuals with a recent brain injury face? *Disability and Health Journal, 5*, 117-125. doi:10.1016/j.dhjo.2011.11.002
- Driver, S., O'connor, J., Lox, C., & Rees, K. (2004). Evaluation of an aquatics programme on fitness parameters of individuals with a brain injury. *Brain Injury, 18*, 847-859. doi:10.1080/02699050410001671856
- Driver, S., Rees, K., O'Connor, J., & Lox, C. J. (2006). Effect of an aquatics program on health-promoting self-care behaviors of individuals with a brain injury. *Brain Injury, 20*, 133-141. doi:10.1080/02699050410001671856
- Finset, A., Dyrnes, S., Krogstad, J. M., & Berstad, J. (1995). Self-reported social networks and interpersonal support 2 years after severe traumatic brain injury. *Brain Injury, 9*, 141-150. doi:10.3109/02699059509008187
- Glenn, M. B. (2012). Chapter 14: Rehabilitation following TBI. *Traumatic Brain Injury, 245-271*. New York: Springer New York. doi:10.1007/978-0-387-87887-4_14
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2012). *Exceptional Learners: An introduction to special education*. New Jersey: Pearson Education (original work published 1997)
- Haskell, W. L., Lee, I-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklins, B. A., ... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American Heart Association. *Circulation, 116*, 1081-1093. doi:10.1249/mss.0b013e3180616b27

- Hassett, L. M., Tate, R. L., Moseley, A. M., & Gillett, L. E. (2011). Injury severity, age and pre-injury exercise history predict adherence to a home-based exercise programme in adults with traumatic brain injury. *Brain Injury*, *25*, 698-706.
doi:10.3109/02699052.2011.579934
- Hildebrandt, V. H., Ooijendijk, W. T. M., & Hopman-Rock, M. (2007, April 12). *Trendrapport bewegen en gezondheid 2004/2005*. Retrieved from http://www.nasb.nl/nasb-checklist-gemeenten/actieve-leefstijl/trend-rapport-bewegen-en-gezondheid-2004_2005_1_.pdf
- Kloek, G. C., Van Lenthe, F. J., Van Nierop, P. W. M., Schrijvers, C. T. M., & Mackenbach, J. P. (2006). Stages of change for moderate-intensity physical activity in deprived neighborhoods. *Preventive Medicine*, *43*, 325-331. doi:10.1016/j.ypmed.2006.05.003
- Kosma, M., Gardner, R. E., Cardinal, B. J., Bauer, J. J., & McCubbin J. A. (2006). Psychosocial determinants of stages of change and physical activity among adults with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *23*, 49-64. Retrieved from <http://journals.humankinetics.com/AcuCustom/SiteName/Documents/DocumentItem/5317.pdf>
- LaChapelle, D. L., & Finlayson, M. A. (1998). An evaluation of subjective and objective measures of fatigue in patients with brain injury and healthy controls. *Brain Injury*, *12*, 649-659. doi:10.1080/026990598122214
- Lang, G., & Van der Molen, H. T. (2004). *Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Lechner, L., Kremers, S., Meertens, R., & De Vries, H. (2007). Determinanten van gedrag. In J. Brug, P. Van Assema & L. Lechner (Eds.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (p. 75-105). Assen: Van Gorcum.
- Lox, C. L., Martin, K. A., & Petruzzello, S. J. (2003). *The psychology of exercise: Integrating theory and practice*. Scottsdale: Holcomb Hathaway Publishers Inc.
- McAuley, E., Mihalko, S. L., & Bane, S. M. (1996). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 67-83.
doi:10.1023/A:1025591214100
- McPhie, M. L., & Rawana, J. S. (2012). Unraveling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: A mediation

- analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 43-49.
doi:10.1016/j.mhpa.2012.03.003
- Ministerie van Volksgezondheid (2011, May 25). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'*. Retrieved from
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.pdf>
- Mossberg, K. A., Amonette, W. E., & Masel, B. E. (2010). Endurance training and cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25, 173-183. doi:10.1097/HTR.0b013e3181dc98ff
- Murphy, M. P., & Carmine, H. (2012). Long-term health implications of individuals with TBI: A rehabilitation perspective. *NeuroRehabilitation*, 31, 85-94. doi:10.3233/NRE-2012-0777
- Neuman, W. L. (2012). *Understanding research*. Boston: Pearson Education International.
- Olver, J. H., Ponsford, J. L., & Curran, C. A. (1996). Outcome following traumatic brain injury: A comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury*, 10, 841-848. doi:10.1080/026990596123945
- Palisano, R. J., Rosenbaum, P., Bartlett, D., & Livingston, M. H. (2008). Content validity of the expanded and revised gross motor function classification system. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 744-750. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x
- Pitetti, K., Rimmer, J., & Fernhall, B. (1993). Physical fitness and adults with mental retardation: An overview of current research and future directions. *Sports Medicine*, 16, 23-56. doi:10.2165/00007256-199316010-00004
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, 1102-1114. doi:10.3109/10884609309149692
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, 26, 419-425. doi:10.1016/j.amepre.2004.02.002
- Rimmer, J. H., Wang, E., & Smith, D. (2008). Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 315-322. doi:10.1682/JRRD.2007.02.0042

- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A., & Tikk, A. (2005). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury, 19*, 1181-1190. doi:10.1080/02699050500150153
- Van den Broek, M. D. (1999). Cognitive rehabilitation and traumatic brain injury. *Reviews in clinical Gerontology, 9*, 257-264. doi:10.1017/S0959259899009363
- Van den Dool, R., De Jong, M., Cevaal, A., & Wassink, L. (2012). *Monitor zo kan het ook! Bewegstimuleringsprogramma voor mensen met een verstandelijke handicap, het eindrapport*. Retrieved June 25, 2013, from http://www.gehandicaptensport.nl/sites/default/files/inline_files/Advies/ZKHO/website/Zo_kan_het_ook_monitor_eindrapport.pdf
- Van Es, S. M., Nagelkerke, A. F., Colland, V. T., Scholten, R. J. P. M., & Bouter, L.M. (2001). An intervention programme using the ASE-model aimed at enhancing adherence in adolescents with asthma. *Patient Education and Counseling, 44*, 193-203. doi:10.1016/S0738-3991(00)00195-6
- Van Lindert, C., De Jong, M., & Van den Dool, R. (2008). *(On)beperkt sportief*. Retrieved June 25, 2013, from http://www.gehandicaptensport.nl/sites/default/files/inline_files/Advies/Downloads/Sa_menvatting_onbeperkt_sportief.pdf