

Het effect van een training voor begeleiders om meer te bewegen met mensen met een licht tot matige verstandelijke beperking in een zorginstelling



Naam:	Robin van den Boom 578204 Monique van der Klein 575586
Opleiding:	Sport- en bewegingseducatie (Sportkunde)
Onderwijsinstelling:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Leerjaar:	Hoofdfase 3
Onderwijseenheid:	OSB2
Opdrachtgever:	SOVAK
Praktijkbegeleider:	Mieke Recillas
1 ^e beoordelaar:	Rohan de Bresser
2 ^e beoordelaar:	Ingrid Broeders
Plaats:	Terheijden
Datum:	27 januari 2020

Samenvatting

Achtergrond. Mensen met een verstandelijke beperking wonend in een zorginstelling bewegen minder dan mensen met een verstandelijke beperking die thuiswonend zijn. Een begeleider binnen een woonzorginstelling speelt een belangrijke rol bij het stimuleren van bewegen. Uit eerder onderzoek binnen SOVAK is gebleken dat begeleiders van de woongroepen de behoefte hebben om bewegen te implementeren op de woongroepen, maar dat zij niet goed weten hoe zij dit moeten aanpakken. Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te geven aan SOVAK, op welke manier zij de begeleiders aan kunnen zetten om meer te gaan bewegen met de cliënten op de woongroepen. Dit zal gedaan worden door de motivatie van de begeleiders te vergroten door middel van een training gericht op de gedragsdeterminanten attitude en eigen effectiviteit, komend uit het ASE-model. In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: Wat is het effect van de pilot training, gericht op het verbeteren van de attitude en eigen effectiviteit op de motivatie van begeleiders om te bewegen met cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking in de leeftijd van 20 tot 35 jaar wonend bij SOVAK?

Methode. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn twee vragenlijsten onder negen begeleiders van cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking in de leeftijd van 20 tot 35 jaar afgenomen. De vragenlijsten zijn vóór de eerste training en na de tweede training afgenomen. De attitude- en eigen effectiviteitsvragenlijst is gebaseerd op de TRSQ en de SRQ-L. De motivatie is gemeten door middel van de Sport Motivation Scale-6 (SMS-6), welke is omgevormd naar de motivatie voor beweegactiviteiten met de cliënten. De data is geanalyseerd door middel van SPSS versie 24. Om de p-waarden te berekenen is er een Wilcoxon signed-rank analyse uitgevoerd.

Resultaten. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat de pilot training heeft gezorgd voor significante verschillen op een aantal vragen van de attitude- en eigen effectiviteitsvragenlijst. Ook heeft de training gezorgd voor significante verschillen binnen de SMS-6 scale bij de sleutels Amotivatie ($p = .027$), introjectieve regulatie ($p = .011$), integratieve regulatie ($p = .016$) en intrinsieke motivatie ($p = .014$).

Conclusie. De bevindingen van dit onderzoek laten zien dat er een verandering heeft plaatsgevonden in de motivatie van de begeleiders doordat er ingespeeld is op de determinanten attitude en eigen effectiviteit. De begeleiders geven aan zich beter in staat te voelen om cliënten tot bewegen aan te zetten. Daarnaast kan voorzichtig gezegd worden dat de cliënten meer zijn gaan bewegen op de woongroepen. Er kan geconcludeerd worden dat de pilot training effectief is geweest voor de begeleiders van SOVAK.

Aanbevelingen. Aanbevelingen richting SOVAK zijn dat ze de pilot training vaker kunnen toepassen op de woongroepen. Daarnaast kan SOVAK de training aanpassen waardoor deze effectiever wordt. SOVAK kan de begeleiders vragen wat zij nodig hebben om hun intentie tot bewegen te verhogen. Daarnaast kan SOVAK de begeleiders meer trainen op vaardigheden en vertrouwen in het bewegen met de cliënt. Ook zou SOVAK een handboek kunnen aanreiken met verschillende vaardigheden voor het bewegen met de cliënten op de woongroep.

Trefwoorden. verstandelijke beperking- attitude- eigen effectiviteit- motivatie- SMS-6

Inleiding

Het is algemeen bekend dat bewegen goed is voor de gezondheid en dat de levensverwachting hierdoor toeneemt (U.S Department of Health and Human Services, 1996). “Bewegen betekent letterlijk; het veranderen van plaats, stand en/of houding” (VanDale, 2020). Wanneer er te weinig bewogen wordt, neemt het risico op hart- en vaatziekten, obesitas, diabetes en depressieve symptomen toe (Schaars, Klaassen, & Bisseling, 2015). Mensen met een verstandelijke beperking bewegen minder dan mensen zonder verstandelijke beperking (Van Lindert & Van den Berg, 2017). In 2013 waren er in Nederland ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking die thuis of in een zorginstelling woonden (Woittiez, Putman, Eggink, Ras, 2014). In 2016 waren er volgens Duijf (2019) 75.750 mensen met een (licht) verstandelijke beperking welke gebruik maakten van intramurale zorg. Intramurale zorg betekent dat de cliënt zorg krijgt gedurende 24 uur per dag in een zorginstelling, verpleeghuis, ziekenhuis of een instelling voor verstandelijk beperkten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Volgens onderzoek van Van den Berg (2019) sporten mensen met een verstandelijke beperking wonend in zorginstellingen minder dan mensen met een verstandelijke beperking die thuiswonend zijn. Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn speciale beweegrichtlijnen opgesteld; “Bewegen is goed, meer bewegen is beter; Sta vaker op of wissel van houding en voeg een extra beweegmoment aan je dag toe” (Kenniscentrum Sport, 2019). Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2016) (RIVM) zijn mensen met een verstandelijke beperking sterk afhankelijk van hun sociale omgeving en hebben zij het nodig om in het dagelijks leven stimulansen te krijgen van iemand uit hun naaste omgeving. Volgens Van Overbeek, Van Hespén, Ooijendijk en Hopman-Rock (2006) is een actieve, enthousiaste begeleider een belangrijke beïnvloedende factor in het stimuleren van bewegen bij cliënten in woonzorginstellingen. Binnen zorginstellingen wordt het gebrek aan personeel en vrijwilligers die sport stimuleren onder de doelgroep als grootste belemmering gezien voor de sportparticipatie (Von Heijden, Van den Dool, Van Lindert, & Breedveld, 2013). SOVAK is een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. De begeleiders van de woongroepen van SOVAK geven aan dat er een verhoogd aantal cliënten is met overgewicht/obesitas en dat er weinig bewogen wordt op meerdere woongroepen (persoonlijke communicatie, 27 september 2019). Uit eerder onderzoek binnen SOVAK is naar voren gekomen dat begeleiders van de woongroepen van SOVAK de behoefte hebben om bewegen te implementeren op de woongroepen, maar dat zij niet weten hoe zij bewegen effectief kunnen inzetten en of zij de juiste vaardigheden daarvoor hebben (Vissers, 2019).

Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te geven aan SOVAK, op welke manier zij de begeleiders aan kunnen zetten om meer te gaan bewegen met de cliënten op de woongroepen. Dit zal gedaan worden door de motivatie van de begeleiders te vergroten door middel van een training gericht op de gedragsdeterminanten attitude en eigen effectiviteit. Dit wordt inzichtelijk gemaakt in figuur 1.



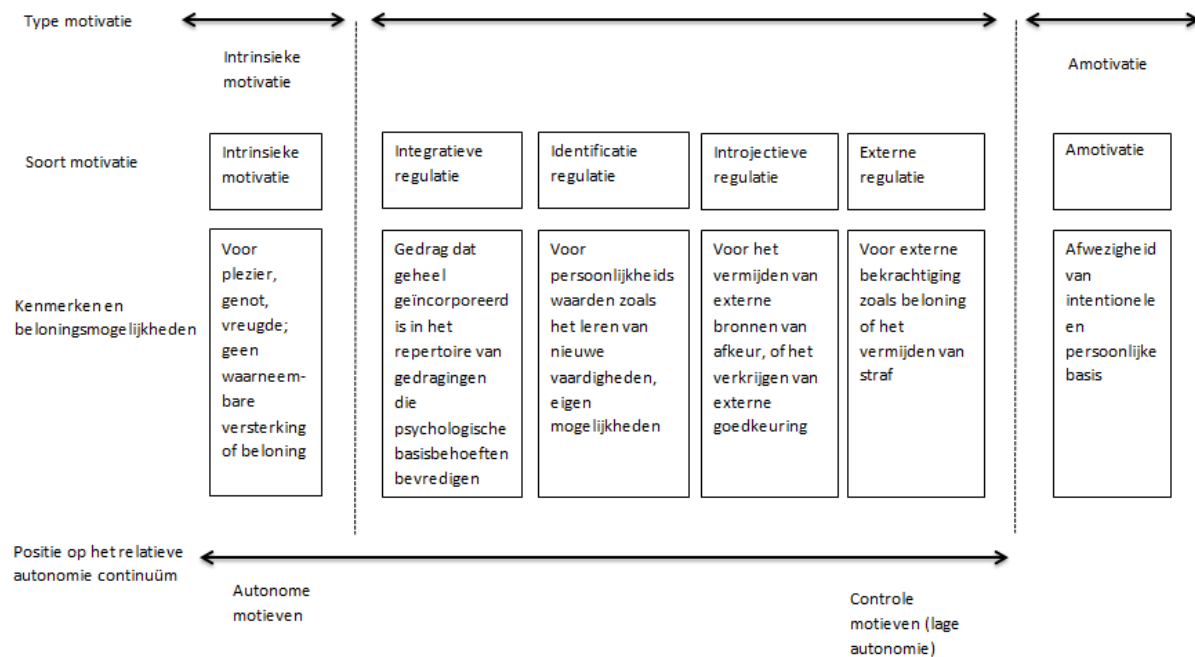
Figuur 1: *globaal conceptueel model*.

Bij mensen met een verstandelijke beperking is het vermogen om nieuwe of complexe informatie te begrijpen en nieuwe vaardigheden aan te leren en toe te passen verminderd. Dit zorgt ervoor dat de bekwaamheid om zelfstandig te zijn beperkt wordt, wat een blijvend effect heeft op de levensontwikkeling (World Health Organization, z.d.). Een verstandelijke beperking komt in verschillende niveaus voor. De mate van een verstandelijke beperking wordt vastgesteld middels IQ (intelligentiequotiënt). Daarnaast is de graad van sociale zelfredzaamheid en de emotionele ontwikkelingsleeftijd bepalend voor de ernst van de beperking. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de vijftig en zeventig en hebben een ontwikkelingsleeftijd van zeven tot twaalf jaar. Mensen met een matig verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de 33 en 50 en hebben een ontwikkelingsleeftijd van vier tot zeven jaar (Van Bommel, Maaskant, Meeusen, & van de Wouw, 2014). Bij mensen met een verstandelijke beperking zijn er vaak verschillen tussen de verstandelijke- en sociaal emotionele ontwikkeling. De verstandelijke ontwikkeling is de mate waarin iemand alles begrijpt, in welke mate hij kan leren en vaardigheden aanleert. De sociaal-emotionele ontwikkeling bepaalt wat iemand emotioneel aan kan, hoe hij situaties beleeft en daarmee omgaat en hoe hij uiting geeft aan zijn emoties (Van Bommel et al., 2014).

SOVAK is één van de 455 instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland, gelegen in West-Brabant (Zorgkaart Nederland, z.d.). De begeleiders van SOVAK leveren zorg aan ongeveer 700 cliënten (SOVAK, z.d.). SOVAK heeft zestig woningen waar meerdere cliënten wonen met verschillende woonwensen en zorgvragen. Van deze woningen zijn er 31 waar cliënten met een licht of matig verstandelijke beperking wonen. Een begeleider in de zorg heeft goede communicatie met de cliënt en voert gesprekken met hen (Van der Veer, 2019). Daarnaast heeft een begeleider een beïnvloedende factor in het stimuleren van bewegen bij cliënten in woonzorginstellingen (Van Overbeek et al., 2006). De begeleider integreert bewegen in het leven van cliënten door met hen in gesprek te gaan en hen te observeren. Het is nodig om aan te sluiten bij wat de cliënt beweegt, wat hij echt leuk vindt en wat binnen zijn mogelijkheden ligt. Door middel van de observaties en de gesprekken krijgt een begeleider een goed beeld van de rol die bewegen in het leven van de cliënt speelt en heeft gespeeld (ActiZ, KNGF, LOC Zeggenschap in zorg, NVFG, & V&VN, 2013).

In de aanbevelingen uit het eerder genoemde onderzoek bij SOVAK is naar voren gekomen dat een workshop gericht op kennis en effectief bewegen zou kunnen leiden tot nieuwe/meer inzichten en ideeën voor bewegen van de cliënt op de woongroep. Volgens Visser (2019) blijkt motivatie nodig om daadwerkelijk te gaan bewegen met de cliënten. Motivatie is een combinatie van zowel interne (intrinsieke) als externe (extrinsieke) factoren (Grusec, Lockhart, & Walters, 1990, p. 149-150). De intrinsieke motivatie is de natuurlijke neiging om iets te gaan doen, het individu is zelf gemotiveerd (Deci & Ryan, 2000). De extrinsieke motivatie houdt in dat het individu gemotiveerd wordt door iets of iemand van buitenaf. Wanneer er helemaal geen motivatie is, wordt er gesproken van Amotivatie (Brug, Van Assema & Lechner, 2016). De meest extrinsieke vorm van motivatie is de externe regulatie, hierbij heeft het individu vooral gecontroleerde motieven. Bij introjectieve regulatie zijn de motieven nog steeds erg gecontroleerd, maar al meer autonoom. Bij identificatie regulatie zijn de motieven meer autonoom dan gecontroleerd. De minst extrinsieke vorm van extrinsieke motivatie is de integratieve regulatie, hierbij zijn de motieven van het individu bijna geheel autonoom. De motivatie van de begeleiders om te gaan bewegen met de cliënten zal gemeten worden op de hierboven genoemde onderdelen van motivatie waarvan de kenmerken worden uitgelegd in figuur 2

(Brug, Van Assema, & Lechner, 2016, p.112). Om tot motivatie te komen is gedragsverandering van de begeleiders nodig (Wassenaar & De Klein, 2018).



Noot: Herdrukt van "Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering", door Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L., 2016, p.112, Assen, Nederland: Van Gorcum.

Figuur 2: Self- Determination Theory (gebaseerd op Deci & Ryan, 2002)

Om het gedrag van de begeleiders te beïnvloeden spelen de gedragsdeterminanten attitude en eigen effectiviteit uit het ASE-model een belangrijke rol. Het ASE-model is een gedragsverklaringsmodel (Brug, Van Assema, & Lechner, 2012) waarbij de intentie om bepaald gedrag te vertonen leidt tot het daadwerkelijk uitvoeren van dat gedrag (Sibbing, 2019). Attitude is de houding van de begeleiders ten opzichte van een bepaald onderwerp (Brug, Van Assema, & Lechner, 2012). Attitude wordt opgedeeld in drie componenten; cognitief, affectief en conatief (De onderzoekers, z.d.). Het cognitief component gaat over de kennis, overtuigingen en opvattingen van de begeleiders over een bepaald onderwerp. Het affectief component achterhaalt de dieper gelegen gevoelens en emoties die de begeleiders bij het onderwerp hebben. Het conatief component meet de gedragsintentie van de begeleiders om bepaald gedrag uit te voeren. Eigen effectiviteit wordt opgedeeld in vaardigheden en vertrouwen. De eigen effectiviteit zorgt ervoor dat de begeleiders geloven in hun eigen vaardigheden en het vertrouwen hebben om een uitdaging aan te gaan en een taak met succes te voltooien (Brug, van Assema, & Lechner, 2012).

De gedragsdeterminanten attitude en eigen effectiviteit worden getraind door middel van een pilot training. De pilot training is ontwikkeld met behulp van intervention mapping en het Fogg behaviour model, zie bijlage 1. Intervention mapping is een protocol om planmatig interventies te ontwikkelen voor gedragsverandering (Potthoff, 2018). Het Fogg behaviour model biedt praktische handvatten voor het ontwerpen van maatregelen die leiden tot ander gedrag (Fogg, z.d.). De pilot training bestaat uit twee trainingsmomenten die dertig tot zestig minuten duren. Met behulp van deze trainingsmomenten worden begeleiders geïnspireerd om de cliënten op een effectieve manier in beweging te krijgen gedurende de dag, zie bijlage 4. Door in te spelen op de verschillende

componenten van de attitude en de eigen effectiviteit van de begeleiders, wordt naar verwachting de motivatie vergroot.

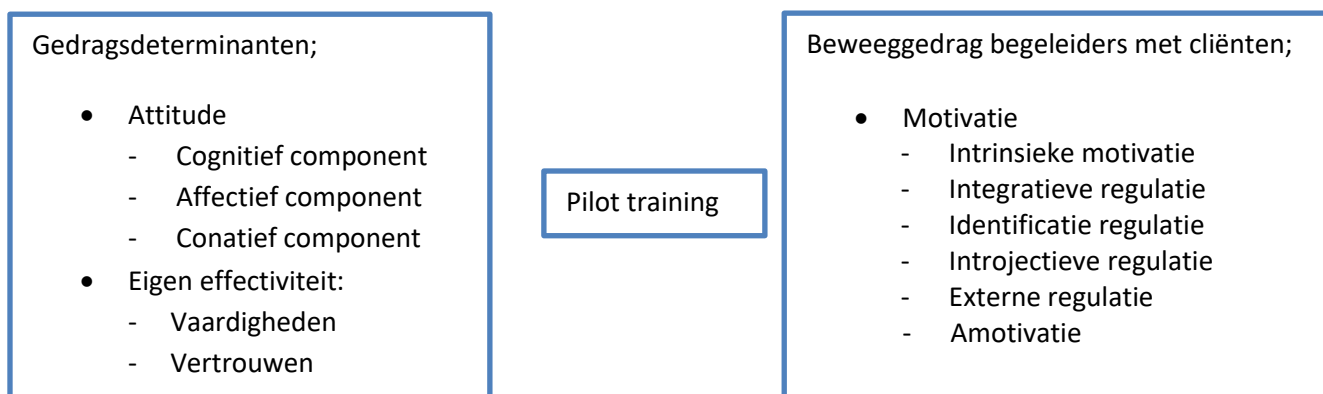
Bij het programma “Zo kan het ook!” in de periode 2009-2012 heeft Gehandicaptensport Nederland geprobeerd het structurele beweegaanbod binnen zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking te vergroten door middel van een beweegstimuleringsprogramma voor cliënten (Van den Dool, De Jong, Cevaal, & Wassink, 2012). Na een evaluatie is gebleken dat het programma heeft gezorgd voor een voorzichtige toename in het aantal cliënten dat aan sport- en beweegactiviteiten deelneemt. Tevens heeft dit programma gezorgd voor een toenemend bewustzijn op het gebied van bewegen bij de werknemers. Daarnaast is gebleken dat een aanjager nodig is die de aandacht voor sport en bewegen blijft vragen, waarbij ondersteuning vanuit het beleid een belangrijke factor is (Van den Dool et al., 2012).

Het Zorgleefplan is een module met als doel alle medewerkers in de zorg een hulpmiddel te bieden bij het leveren van bewegingsgerichte zorg (ActiZ et al., 2013). Bewegingsgerichte zorg betekent dat de zorgverlening erop gericht is om de beweegmogelijkheden van de cliënt, tijdens de dagbestedingen en de zorgverlening, te benutten. Om hier succesvol in te kunnen zijn is het van belang om aan te sluiten bij wat een cliënt beweegt. Daarnaast hebben alle betrokkenen van de cliënt een sleutelrol bij het ontwikkelen van bewegingsgerichte zorg. Kortom, het Zorgleefplan helpt medewerkers om de cliënt zo te ondersteunen dat hij zijn leven zoveel mogelijk kan voortzetten zoals hij dat wil, en leven is bewegen!

In 2003 is er een pilotstudie uitgevoerd om te bepalen of het aanstellen van een professional/coach bij de uitvoering van beweeginterventies voor werknemers van belang kan zijn (Elbel, Aldana, Bloswick, & Lyon, 2003). Uit dit onderzoek is gebleken dat er een significant verschil is tussen het aanstellen van een coach of professional voor het aanbieden van beweging en een controlegroep zonder coach of professional. De onderzoeksgroep met de coach liet een significant verschil zien na zowel vier als acht weken. De onderzoeksgroep met de professional liet alleen een significant verschil zien na vier weken.

Samenvattend wordt de motivatie van de begeleiders naar verwachting vergroot door de gedragsdeterminanten attitude en eigen effectiviteit, komend uit het ASE-model, te trainen. De motivatie is door middel van 6 onderdelen geoperationaliseerd; intrinsieke motivatie, integratieve regulatie, identificatie regulatie, introjectieve regulatie, externe regulatie en Amotivatie. Bij de attitude wordt er onderscheid gemaakt tussen drie componenten; cognitief, affectief en conatief. De eigen effectiviteit van de begeleiders wordt geoperationaliseerd door middel van vaardigheden en vertrouwen.

Om te onderzoeken of de pilot training die is ontwikkeld zorgt voor een vergroting in motivatie om te bewegen is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Wat is het effect van de pilot training, gericht op het verbeteren van de attitude en eigen effectiviteit op de motivatie van begeleiders om te bewegen met cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking in de leeftijd van 20 tot 35 jaar wonend bij SOVAK?



Figuur 3: *gedetailleerd conceptueel model.*

Methode

Onderzoeksdesign. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is een experimenteel kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Hiervoor is een vragenlijst afgenomen bij de deelnemers. De deelnemers van dit onderzoek zijn geselecteerd door middel van een geselecteerde cluster steekproef.

Deelnemers. Voor het onderzoek zijn inclusiecriteria opgesteld; begeleiders van een woongroep voor cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking in de leeftijd 20 tot 35 jaar. Volgens Mieke Recillas, fysiotherapeut bij SOVAK, (persoonlijke communicatie, 11 oktober 2019) zijn cliënten uit deze leeftijdscategorie meer beïnvloedbaar en valt er binnen deze doelgroep nog veel progressie te behalen. Vervolgens zijn de deelnemers op vrijwillige basis gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Er waren twintig begeleiders die aan de inclusiecriteria voldeden en gevraagd zijn om deel te nemen aan de pilot training, hiervan waren elf begeleiders geïnteresseerd. Uiteindelijk hebben negen begeleiders deelgenomen. De negen begeleiders uit de geselecteerde huizen die aanwezig waren tijdens een van de afnamemomenten hebben schriftelijke toestemming gegeven (bijlage 5) dat de onderzoekers de vragenlijsten in kunnen zien. Zij hebben de vragenlijsten individueel en zelfstandig ingevuld. De deelnemers van het onderzoek hadden een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. De jongste deelnemer was 24 jaar en de oudste 60 jaar. Hiervan waren zes vrouwen en drie mannen.

Tabel 1: *onderzoekspopulatie*

	N	Min.	Max.	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Leeftijd	9	24	60	41,3	14,09

Meetinstrumenten

Eigen effectiviteit. Voor het meten van de eigen effectiviteit is een vragenlijst ontwikkeld die gebaseerd is op de TRSQ en SRQ-L. De TRSQ meet de mate waarin iemand gedragsverandering vertoont, de SRQ-L gaat over redenen waarom mensen leren in bepaalde situaties (Center For Self-Determination Theory, z.d.). De TRSQ is wereldwijd gevalideerd (Levesque, Williams, Elliot, Pickering, Bodenhamer, & Finley, 2006). De SRQ-L kan volgens The Center of Self-Determination Theory (z.d.) indien nodig aangepast worden naar een specifieke cursus of programma. De onderzoekers hebben voor dit onderzoek een deel van beide vragenlijsten gebruikt en deze samengevoegd. De vragen zijn geselecteerd om een inzicht te krijgen in de houding van de begeleiders ten opzichte van

bewegen met de cliënt, het vertrouwen om te gaan bewegen met de cliënt en te bekijken hoe het zit met de kennis gericht op bewegen met en voor de cliënt. De vragen zijn opgedeeld in 5 sleutels; de componenten cognitief (vraag 1, 2 en 4), affectief (vraag 11, 13 en 17) en conatief (vraag 8 en 9), horend bij attitude en vaardigheden (vraag 3, 5, 10, 14 en 18) en vertrouwen (vraag 6, 7, 12, 15, 16), horend bij eigen effectiviteit. Deze ontwikkelde vragenlijst bestaat uit 18 vragen op een 7-punts Likertschaal. Hierbij staat 1 voor helemaal oneens en 7 voor helemaal eens. De vragenlijst is in bijlage 2 terug te vinden.

Motivatie. Voor het meten van de motivatie is gebruik gemaakt van de Sport Motivation Scale-6 (SMS-6) (Mallet, Kawabata, Newcombe, Otero-Forero, & Jackson, 2007). De SMS-6 is een vragenlijst die gebaseerd is op de Self-Determination Theory van Deci en Ryan (Deci & Ryan, 2000). Deze reeds gevalideerde vragenlijst is een vragenlijst om motivatie voor beweegactiviteiten te meten (Mallet et al., 2007). De vragenlijst is omgevormd naar de motivatie voor beweegactiviteiten met de cliënten. De sleutel is hetzelfde gebleven. In deze vragenlijst worden zes onderdelen van motivatie bevraagd; Amotivatie, externe regulatie, introjectieve regulatie, identificatie regulatie, integratieve regulatie en intrinsieke motivatie. De vragenlijst bestaat uit 24 vragen op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor helemaal oneens en 7 voor helemaal eens. In de vragenlijst wordt elk onderdeel van motivatie bevraagd met vier vragen per sleutel. Aan de hand van deze vragen wordt gemeten op welke aspecten de begeleiders van de woongroepen het grootste verschil vertonen vóór de trainingen ten opzichte van na de trainingen. Deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage 3.

Procedure

Om data te verzamelen zijn de hierboven genoemde vragenlijsten voorafgaand aan de eerste en na afloop van de laatste training afgenomen. Daarnaast zijn de socio-demografische aspecten, geslacht en leeftijd bevraagd. De begeleiders die binnen de inclusiecriteria vielen zijn middels e-mail of bij interesse telefonisch op de hoogte gesteld en gevraagd om deel te nemen aan de pilot training. In deze e-mail of tijdens het telefoongesprek is het doel en de procedure van de pilot training uitgelegd. Hierna is er aan de begeleiders van de woongroepen gevraagd of zij wilden deelnemen aan de pilot training. De pilot training is in overleg met de deelnemende begeleiders op verschillende locaties gegeven. De eerste trainingen zijn in de weken 49 en 50 gegeven waarbij de eerste vragenlijst is ingevuld. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer vijf minuten. De eerste training was gericht op attitude en eigen effectiviteit. De training duurde ongeveer een uur. Tijdens de tweede training in de weken 50 en 51 is de tweede vragenlijst afgenomen. De tweede training was gericht op motivatie. Deze training duurde ongeveer een half uur. De vragenlijsten zijn in een afgesloten ruimte zonder afleiding schriftelijk afgenomen. Tijdens de eerste training van de pilot wordt nogmaals duidelijk verteld dat deelname te allen tijde op vrijwillige basis is en dat de invulling van de vragenlijsten anoniem is. Op elk moment kon de begeleider zonder opgaaf van redenen stoppen met deelnemen aan de pilot training of met het invullen van de vragenlijsten. Voor het afnemen van de vragenlijsten is expliciet gekozen om niet te vertellen dat deze vragenlijsten en de pilot training onderdeel van het onderzoek zijn, dit omdat de deelnemers dan zo min mogelijk sociaal-wenselijke antwoorden geven op de vragen.

Data-analyse

Om de data van de afgenomen vragenlijsten te analyseren, is een kwantitatieve data-analyse uitgevoerd. Alle data die ontvangen is, is geïmporteerd en geanalyseerd in het statistische programma SPSS versie 24. In SPSS zijn de gemiddelden en standaarddeviaties berekend van de verschillende

vragenlijsten. De voor- en nameting hebben plaatsgevonden bij dezelfde groep en de waarden waren niet normaal verdeeld, daarom is de Wilcoxon-signed rank test uitgevoerd. Hierbij is een significantieniveau van $p < .05$ gehanteerd.

Resultaten

Beschrijvende statistiek. Van de elf geïnteresseerde begeleiders hebben negen begeleiders de volledige pilot training gevolgd. Twee begeleiders hebben niet deelgenomen aan de training omdat zij geen tijd konden vinden om de training te volgen. De onderzoekspopulatie bestond uit drie mannen en zes vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie was 41 jaar waarbij de jongste 24 en de oudste 60 jaar was.

In tabel 2 zijn de gemiddelden van de gegeven antwoorden van de attitude- en eigen effectiviteitsvragenlijst voor en na de pilot training weergegeven. Daarnaast wordt de standaarddeviatie voor en na de pilot training weergegeven. De meest opvallende waarde is de waarde van vraag 4; Ik ben bekend met de beweegrichtlijnen voor verstandelijk beperkten. Dit omdat het verschil tussen de voor- en nameting het grootst is, de waarden zijn van $M=3,89$ naar $M= 6,11$ gegaan.

Tabel 2: statistieken attitude- en eigen effectiviteitsvragenlijst

Vragen	M voor	M na	SD voor	SD na	Asymp. Sig. (2 tailed) $p < 0,05^a$
Attitude:					
Cognitief component					
1	6	6,33	,707	,500	,180
2	6,78	6,78	,441	,441	1,00
4	3,89	6,11	1,167	,782	,011*
Affectief component					
11	5,89	6,22	,928	,667	,083
13	6,11	6,22	,601	,667	,317
17	4,89	5,56	1,537	1,130	,059
Conatief component					
8	4,89	5,78	1,453	1,093	,039*
9	4,56	5,67	1,333	1,414	,024*

Eigen effectiviteit:					
Vaardigheden					
3	5,22	5,89	,972	1,269	,098
5	4,44	5,67	1,236	1,118	,009*
10	4,89	5,89	1,269	1,453	,496
14	5,33	6,22	1,581	1,302	,034*
18	3,67	4,78	1,936	1,787	,024*
Vertrouwen					
6	5,11	5,89	1,269	1,167	,038*
7	5,33	5,78	,707	,667	,102
12	4,67	5,56	1,500	1,667	,023*
15	4,56	4,22	1,509	1,787	,527
16	5,22	5,56	1,563	1,667	,083

a. Wilcoxon signed-rank test

Op dezelfde manier als de vragen van attitude en eigen effectiviteit zijn de sleutels van de SMS-6 in tabel 3 weergegeven. De meest opvallende waarden zijn de waarden van Amotivatie, introjectieve regulatie en instrinsieke motivatie. Amotivatie valt op omdat de eindmeting lager is dan de beginmeting, de waarden zijn van M= 2,33 naar M= 1,58 gegaan. Introjectieve regulatie valt op omdat het verschil tussen de voor- en nameting het grootst is, de waarden zijn van M= 5,31 naar M=5,89 gegaan. Intrinsieke motivatie valt op omdat hierbij de nameting het hoogst is M na = 6,00.

Tabel 3: statistieken Sport Motivation Scale-6

Sleutel SMS-6	M voor	M na	SD voor	SD na	Asymp. Sig. (2 tailed) $p < 0,05^a$
Amotivatie	2,33	1,58	1,008	,781	,027*
Externe Regulatie	4,22	4,67	,870	,750	,107
Introjectieve Regulatie	5,31	5,89	,447	,546	,011*
Identificatie Regulatie	5,36	5,67	,840	,740	,066
Integratieve Regulatie	5,14	5,69	,639	,778	,016*
Intrinsieke Motivatie	5,56	6,00	,808	,685	,014*

a. Wilcoxon signed-rank test

Verklarende statistiek. In tabel 2 zijn de p-waarden weergegeven van de attitude- en eigen effectiviteitsvragenlijst die met behulp van de Wilcoxon signed-rank test zijn berekend. Er is een significante toename te zien tussen de voor- en nameting bij de vragen 4; Ik ben bekend met de beweegrichtlijnen voor verstandelijk beperkten ($p = .011$), 5; Ik weet hoe ik met mijn cliënt kan bewegen ($p = .009$), 6; Ik zet effectief bewegen met de cliënt in op de woongroep ($p = .038$), 8; Ik doe aan bewegen met de cliënt op de woongroep ($p = .039$), 9; Ik gebruik (beweeg/dagelijkse) attributen om te bewegen met de cliënt ($p = .024$), 12; Ik heb vertrouwen dat ik de cliënt op de goede manier kan laten bewegen ($p = .023$), 14; Ik kan op dit moment een sport/beweegactiviteit uitvoeren op de woongroep ($p = .034$) en 18; Elke cliënt bij mij op de woongroep beweegt minstens 30 minuten per dag ($p = .024$). Opvallend is dat de vragen uit het conatieve component beide significant gestegen zijn. Daarnaast zijn meer dan de helft van de vragen over vaardigheden significant gestegen.

In tabel 3 zijn de p-waarden per vraag weergegeven van de SMS-6 sleutels die met behulp van de Wilcoxon signed-rank test zijn berekend. Er is een significant verschil te zien tussen de voor- en nameting bij de sleutels Amotivatie, introjectieve regulatie, integratieve regulatie en intrinsieke motivatie. Er is te zien dat de Amotivatie van de begeleiders is gedaald van 2,33 naar 1,58 ($p = .027$). De introjectieve regulatie is gestegen van 5,31 naar 5,89 ($p = .011$). Daarnaast is de integratieve regulatie gestegen van 5,14 naar 5,69 ($p = .016$) en de intrinsieke motivatie is gestegen van 5,56 naar 6,00 ($p = .014$).

Discussie

In dit onderzoek is het effect van de pilot training, gericht op het verbeteren van de attitude en eigen effectiviteit op de motivatie van begeleiders om te bewegen met cliënten met een licht tot matig verstandelijke beperking in de leeftijd van 20 tot 35 jaar wonend bij SOVAK onderzocht. Het onderzoek laat zien dat er een verandering heeft plaatsgevonden in de motivatie van de begeleiders doordat er ingespeeld is op de determinanten attitude en eigen effectiviteit. Er is bij één van de drie vragen van het cognitief component een vooruitgang te zien. Bij het conatieve component is er een vooruitgang te zien bij beide vragen en bij het affectieve component is er geen vooruitgang te zien. Bij drie van de vijf vragen over vaardigheden is een vooruitgang te zien en bij de vragen over vertrouwen zijn twee van de vijf vragen vooruitgegaan. De begeleiders zetten na de pilot training vaker effectief bewegen in op de woongroep en ze voelen zich beter in staat om cliënten tot bewegen aan te zetten. Omdat de vragen 8; Ik doe aan beweging met de cliënt op de woongroep en 18; Elke cliënt bij mij op de woongroep beweegt minstens dertig minuten per dag, significant verschillend zijn kan er voorzichtig gezegd worden dat de cliënten meer zijn gaan bewegen op de woongroepen. In de resultaten is te zien dat de Amotivatie is verlaagd, dit betekent dat de begeleiders nu meer gemotiveerd zijn. De introjectieve regulatie, integratieve regulatie en intrinsieke motivatie zijn gestegen. De stijging binnen de introjectieve regulatie betekent dat de begeleiders meer motivatie hebben om te bewegen omdat ze afkeur van externe bronnen willen vermijden of om externe goedkeuring te krijgen. De stijging binnen de integratieve regulatie betekent dat bewegen met de cliënt meer als een bevrediging van de psychologische basisbehoeften voelt dan voor de pilot training. De stijging in de intrinsieke motivatie wil zeggen dat de begeleiders meer gemotiveerd zijn vanuit henzelf om te gaan bewegen met de cliënt. Doordat deze determinanten beïnvloed zijn en de resultaten laten zien dat er op een aantal vlakken een verhoging te zien is, kan er gezegd worden dat de motivatie om te gaan bewegen met de cliënten verhoogd is. Er kan geconcludeerd worden dat de pilot training effectief is geweest voor de begeleiders van SOVAK.

Theoretische relevantie. De resultaten komen overeen met de uitkomsten van het programma “Zo kan het ook!” (Van den Dool, De Jong, Cevaal, & Wassink, 2012). Zowel het programma “Zo kan het ook!” als bij dit onderzoek heeft gezorgd voor een toenemend bewustzijn op het gebied van bewegen bij begeleiders. Tevens hebben beide gezorgd voor een voorzichtige toename in het aantal cliënten dat aan sport- en beweegactiviteiten deelneemt.

Het Zorgleefplan komt overeen met het onderzoek, dit plan is een hulpmiddel voor de begeleiders van cliënten op woon- en dagbestedingen voor het leveren van bewegingsgerichte zorg. Echter richt het Zorgleefplan zich op de manieren waarop begeleiders met de cliënten om moeten gaan, terwijl dit onderzoek zich richt op de attitude, eigen effectiviteit en motivatie van begeleiders om met de cliënt te gaan bewegen. Het is van belang dat de begeleiders weten hoe ze moeten bewegen met de cliënt maar hebben motivatie nodig om dit ook daadwerkelijk toe te passen.

Beperkingen. Omdat de TRSQ vragenlijst maar voor een deel gebruikt is en samengevoegd is met de SRQ-L is het niet zeker of de vragenlijst van de onderzoekers dezelfde validiteit heeft. Het samenvoegen van de vragenlijsten kan ervoor gezorgd hebben dat de vragenlijsten minder valide zijn. Voor het onderzoek zijn vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers van de pilot training. De vragenlijsten waren relatief lang waardoor de deelnemers de laatste vragen wellicht sneller hebben ingevuld, zonder de vraag goed te lezen. Dit zou invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid en

resultaten van het onderzoek. Daarbij waren de Amotivatieve vragen uit de SMS-6 en de vragen 15 en 17 van de vragenlijst van attitude en eigen effectiviteit andersom gesteld, positief als er laag gescoord werd, waardoor er verwarring kon ontstaan en wellicht verkeerde antwoorden zijn gegeven.

In eerste instantie zouden er vier trainingen ingepland worden in plaats van twee. Dit was in verband met het personeelstekort op de woongroepen van SOVAK niet haalbaar in de tijd die er was voor het onderzoek. Daarom is er besloten om de vier trainingen samen te voegen tot twee. In de eerste training werd de eerste vragenlijst afgenomen en kwamen de determinanten attitude en eigen effectiviteit aan bod. De tweede training heeft een week later plaatsgevonden. In deze training kwam de determinant motivatie aan bod. Dit kan invloed hebben gehad op het onderzoek omdat de begeleiders maar één week de tijd hebben gehad om de attitude en eigen effectiviteit toe te passen in de praktijk en weinig ervaringen hebben kunnen delen voordat de tweede vragenlijst ingevuld moest worden.

Deelnemers die voldeden aan de inclusiecriteria zijn uitgenodigd via de mail. Doordat de begeleiders van woongroepen veel mails krijgen zou de mail over de pilot training over het hoofd gezien kunnen zijn waardoor de respons erg laat kwam of zelfs uitbleef. Daarna is ervoor gekozen om de woongroepen die binnen de inclusiecriteria vielen telefonisch te benaderen waardoor er een directe respons is geweest. De onderzoekers hadden er beter voor kunnen kiezen om direct telefonisch contact op te nemen zodat er eerder een respons van de deelnemers geweest zou zijn. Hierdoor had er meer tijd tussen de trainingen kunnen zitten.

Gedurende het onderzoek is gebleken dat de deelnemers van het onderzoek vaak de personen waren die op de woongroep al actief zijn met bewegen met hun cliënten. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de eerste vragenlijsten al positief ingevuld waren, waardoor er minder ruimte was voor verbetering. Het onderzoek was waarschijnlijk sterker geweest wanneer de deelnemers van te voren nog niet veel met de cliënten in beweging kwamen. Dit zou meer ruimte voor verbetering suggereren met daarnaast een groter belang van verbetering bij hen.

Negen begeleiders hebben deelgenomen aan de pilot training. Dit kan invloed hebben op de betrouwbaarheid van de uitkomsten (Checkmarket, z.d.). Ook kan dit betekenen dat de resultaten minder representatief zijn voor SOVAK.

Sterke punten. Een sterk punt van het onderzoek is dat de ontwikkelde vragenlijst meerdere malen is getest door zowel stagiaires van SOVAK als door familieleden van de onderzoekers. Met behulp van deze controles zijn er fouten en onduidelijkheden uit de vragenlijst gehaald wat een positieve invloed heeft op de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Suggesties vervolgonderzoek. Een suggestie voor een vervolgonderzoek bij SOVAK is een onderzoek waarin gemeten wordt of er op korte en lange termijn daadwerkelijk verandering te zien is in het beweeggedrag van de cliënten op de woongroep na het geven van de pilot training aan de begeleiders. Hierdoor kan bepaald worden of de pilot training daadwerkelijk heeft bijgedragen aan meer beweging op de woongroep.

Daarnaast zou eenzelfde soort onderzoek uitgevoerd kunnen worden bij begeleiders van een andere doelgroep, zoals bij mensen met een ernstige of met meervoudige verstandelijke beperking(en) of een andere leeftijdscategorie. Hiervoor zal de pilot training aangepast moeten worden waarbij er specifiek gericht wordt op deze doelgroep. Op deze manier kan SOVAK de pilot training inzetten op alle woonlocaties.

Ook zou een vervolgonderzoek kunnen plaatsvinden over het verschil tussen attributie- en overtuigingstheorie. Dit omdat dit twee verschillende methodes zijn over het stimuleren van de cliënt.

Er zou een onderzoek plaats kunnen vinden met drie groepen. Eén groep gaat aan de slag met overtuigingstraining, een andere groep met attributietraining en de controlegroep verandert niets aan de werkwijze. Door middel van dit onderzoek zou gekeken kunnen worden naar de verschillen tussen de twee methodes en welke methode beter is.

Uit onderzoek is gebleken dat een aanjager nodig is om aandacht voor sport- en bewegen te blijven vragen (Van den Dool et al., 2012). Een vervolgonderzoek voor SOVAK zou kunnen zijn om een aanjager aan te stellen en te onderzoeken wat het effect is op de aandacht voor bewegen binnen de zorginstelling.

Praktische relevantie. De resultaten van het onderzoek zijn niet geheel generaliseerbaar. Dit komt omdat de steekproef van het onderzoek te klein is waardoor deze niet geheel representatief is. Wel zijn de vragenlijsten en training volgens de voorwaarden van de methode afgenomen. Dit onderzoek is gebaseerd op het onderzoek van Vissers (2019). Vanuit de resultaten van dat onderzoek is de pilot training ontwikkelt met de bijbehorende determinanten. Omdat dit onderzoek gebaseerd is op een eerder onderzoek binnen SOVAK is de relevantie voor SOVAK erg hoog. De pilot training heeft een positief effect op de motivatie van begeleiders en heeft gezorgd voor een voorzichtige toename in het beweeggedrag van de cliënten, daarom is het de moeite waard om te onderzoeken of de pilot training ook effectief is binnen andere woonzorginstellingen.

Aanbevelingen. SOVAK kan de pilot training vaker toepassen op de woongroepen omdat dit een positief effect geeft op de attitude, eigen effectiviteit en motivatie van de begeleiders om te bewegen met de cliënten. Als eerst kan SOVAK de pilot training aanpassen waardoor de training effectiever wordt. In de resultaten is te zien dat er door de pilot training een significante toename is geweest in het conatieve component van attitude. Echter is te zien dat de begeleiders van SOVAK hierin nog meer zouden kunnen groeien. SOVAK kan dit aanpakken door de begeleiders te vragen wat ze nodig hebben om hun intentie tot bewegen te verhogen. Daarnaast is te zien dat de eigen effectiviteit van de begeleiders nog meer kan groeien. Hier kan SOVAK voor zorgen door de begeleiders meer te trainen op vaardigheden en vertrouwen in het bewegen met de cliënt. Daarnaast zou SOVAK een handboek kunnen aanreiken met verschillende vaardigheden voor het bewegen met de cliënt op de woongroep.

Bronnen

ActiZ, KNGF, LOC Zeggenschap in zorg, NVFG, & V&VN. (2013). *Bewegingsgerichte zorg: in praktijk brengen met het zorgleefplan*. Geraadpleegd op 24 januari 2020, van https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/Bewegingsgerichte_zorg.pdf

Bewegen is medicijn. (z.d.). *Het drama van inactiviteit*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van https://www.bewegenismedicijn.nl/files/downloads/1._het_drama_van_een_inactieve_leefstijl.pdf

Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak (8e druk)*. Assen: Van Gorcum.

Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2016). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak (9e druk)*. Assen: Van Gorcum.

Center For Self-Determination Theory. (z.d.). *Self-regulation Questionnaires*. Geraadpleegd op 11 oktober 2019, van <https://selfdeterminationtheory.org/self-regulation-questionnaires/>

Checkmarket. (z.d.). *Optimale steekproefgrootte*. Geraadpleegd op 19 december 2019, van <https://nl.checkmarket.com/kb/hoe-bereken-ik-de-grootte-van-mijn-steekproef/>

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000, januari). *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0361476X99910202?token=636E5647585902926590B2B0F54C05FB8805F352E466D41E402DA6BE4A461FADC7F15A4CF7023417B2E6C502F20E8715>

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf

De onderzoekers. (z.d.). *Tricomponent attitudemodel*. Geraadpleegd op 24 januari 2019, van <http://de-onderzoekers.nl/theorie-technieken/houding/onderzoek-naar-houding-tricomponent-attitudemodel/>

Duijf, M. (2019, 22 augustus). *Feiten en cijfers over het aantal mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 5 november 2019, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/feiten-en-cijfers-over-het-aantal-mensen-met-een-beperking/>

Elbel, R., Aldana, S., Bloswick, D., & Lyon, J.L. (2003). *A pilot study evaluating a peer led and professional led physical activity intervention with blue-collar employees*. Geraadpleegd op 10 oktober 2019, van <http://eds-1a-1ebscost-1com-10002906p005f.stcproxy.han.nl/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=07698d66-1e4a-4e92-865a-1bacde63642b%40pdv-v-sessmgr06>

Fogg, B.J. (z.d.). *Fogg Behaviour Model: What Causes Behaviour Change*. Geraadpleegd op 18 november 2019, van <https://www.behaviormodel.org/>

Grusec, J.E., Lockhart, R. S., & Walters, G.C. (1990). *Foundations of Psychology*. Toronto: Copp Clark Pitman

Kenniscentrum Sport. (2019). *Breng beweging in je dag*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://www.kenniscentrumsport.nl/wp-content/uploads/2019/03/Infographic-beweegrichtlijnen-verstandelijke-beperking.pdf>

Leren.nl. (z.d.). *Attributietheorie... waarom? Dat zal ik je vertellen*. Geraadpleegd op 21 november 2019, van <https://www.leren.nl/cursus/sociale-vaardigheden/overtuigen-beinvloeden/attributietheorie.html>

Levesque, C.S., Williams, G.C., Elliot, D., Pickering, M.A., Bodenhamer, B., & Finley, P.J. (2006, 30 november). *Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors*. Geraadpleegd op 11 oktober 2019, van https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2007_LevesqueWilliamsElliotPickering_HE_R.pdf

Mallet, C., Kawabata, M., Newcombe, P., Otero-Forero, A., & Jackson, S. (2007). Sport motivation scale-6 (SMS-6): A revised six-factor sport motivation scale. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5). 600-614. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van http://scholar.google.nl/scholar_url?url=http://www.academia.edu/download/43286546/Sport_motivation_scale-6_SMS-6_A_revis20160302-1112-1norvjw.pdf&hl=nl&sa=X&scisig=AAGBfm0NPo4iZCD0W7AQAbKQfDlooNC3Tw&nossl=1&oi=scholar

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Intramurale zorg*. Geraadpleegd op 19 november 2019, van <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/intramurale-zorg>

Potthoff, S. (2018, 3 juli). *Het planmatig ontwikkelen van theoretisch en empirisch onderbouwde interventies: Intervention Mapping*. Geraadpleegd op 30 december 2019, <https://practicalhealthpsychology.com/nl/2018/03/planning-theory-and-evidence-based-behavior-change-interventions-intervention-mapping/>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). *Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen*. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0201.pdf>

Schaars, D., Klaassen, A., & Bisseling, R. (2015, 16 december). *Effecten van sporten en Bewegen*. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/effecten-van-sporten-en-bewegen/>

Sibbing, H. (2019, maart). *De klepel en de klok: Het ASE-model over gedragsverandering*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van <https://mgz.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=hZv9XUoRTdw%3D&portalid=30>

SOVAK. (z.d.). *Wonen*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://www.sovak.nl/wonen>

Tromp, M. (z.d.). *De drie ingrediënten van motivatie*. Geraadpleegd op 18 november 2019, van <https://www.vitalezorgverlener.nl/motivatie>

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>

Van Bommel, H., Maaskant, M., Meeusen, R., & Van de Wouw, W. (2014, januari). *Belangrijke aspecten in de ontwikkeling*. Geraadpleegd op 13 september 2019, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documents/Gewoon%20Bijzonder/kwijt-boek.pdf>

Van Dale. (2020). *Betekenis 'beweging'*. Geraadpleegd op 13 januari 2020, van https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/beweging#.XhvwH_5KjIU

Van den Berg, L. (2019). *Sporten met een verstandelijke beperking kent nog veel beperkingen*. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/sporten-met-een-verstandelijke-beperking-kent-nog-veel-beperkingen/>

Van den Berg, L. (2019, 22 augustus). *Tips voor mensen met een verstandelijke handicap om meer te bewegen*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/tips-voor-mensen-met-een-verstandelijke-handicap-om-meer-te-bewegen/>

Van den Dool, R., De Jong, M., Cevaai, A., & Wassink, L. (2012). *Monitor Zo kan het ook!: Beweegstimuleringsprogramma voor mensen met een verstandelijke handicap, het eindrapport*. Geraadpleegd op 10 oktober 2019, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=2311&m=1422883096&action=file.download>

Van der Veer, K. (2019, februari). *Samenwerken in de wijk*. Geraadpleegd op 10 oktober 2019, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/samenwerken-in-de-wijk/begeleidersrol-na-transitie>

Van Lindert, C. & Van den Berg, L. (2017, oktober). *Sporten en bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 18 oktober 2019, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=8155&m=1507803768&action=file.download>

Van Overbeek, K., Van Hespen, A.T.H., Ooijendijk, W.T.M., & Hopman-Rock, M. (2006, april). *Evaluatie bewegen met plezier: FLASH!-beweegcampagne voor 55 plussers*. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/3276/evaluatie-bewegen-met-plezier/>

Von Heijden, A., Van den Dool, R., Van Lindert, C., & Breedveld, K. (2013). *(On)beperkt sportief 2013*. Geraadpleegd op 5 september 2019, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=2700&m=1422883208&action=file.download>

Vissers, S. (2019). *Wat beweegt in de gezondheidszorg?* (Afstudeeropdracht). Sportkunde, Fontys Sporthogeschool, Eindhoven.

Wassenaar, K., & De Klein, K. (2018, 5 maart). *Van motivatie naar actie: waarom je wel wil, maar niets doet*. Geraadpleegd op 27 januari 2020, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/van-motivatie-naar-actie-waarom-je-wel-wil-maar-niets-doet/>

Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014, november). *Zorg beter begrepen*. Geraadpleegd op 5 november 2019, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Zorg_beter_begrepen

World Health Organization. (z.d.). *Defenition: Intellectual Disability*. Geraadpleegd op 13 september, van <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Zorgkaart Nederland. (z.d.). *455 instellingen voor verstandelijk gehandicapten in Nederland*. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/instelling-voor-verstandelijk-gehandicapten>

Bijlage 1

Ontwikkelde pilot training

Intervention mapping

Stap 1:

De planningsgroep zijn de begeleiders van de woongroepen van SOVAK. Het doel van de training is om de begeleiders meer kennis te geven ten opzichte van bewegen en vaardigheden te vergroten zodat de eigen effectiviteit van de begeleiders groter wordt. Daarnaast wordt de motivatie vergroot zodat de begeleiders daadwerkelijk gaan bewegen met de cliënten op de woongroepen.

Stap 2:

Einddoel: meer bewegen met de cliënten op de woongroep en inzien wat het risico is als ze dat niet doen.

Kennis doel: kunnen de begeleiders uitleggen wat het belang/ voordelen zijn van sport/bewegen

Vaardigheden doel: kunnen de begeleiders effectieve bewegingsactiviteiten toepassen op de woongroep

Motivatie doel: Willen de begeleiders bewegen met de cliënten op de woongroep

Eigen effectiviteit doel: Hebben de begeleiders vertrouwen in zichzelf dat ze effectief kunnen bewegen met de cliënten op de woongroep

Stap 3:

Kennis: Informatieoverdracht (actief leren); stimuleren van actieve informatieverwerking (motiveren om na te denken)

Vaardigheden: rolmodel (positief); laat de begeleiders eerst kijken en daarna zelf oefenen waarna feedback wordt gegeven.

Eigen effectiviteit: Model-leren en demonstratie: begeleid leren en feedback; herattributie

Motivatie: het verhogen van de persoonlijke binding (commitment) aan bestaande intenties en gedrag

Doel	Theorie	Methodiek	Techniek
Kennis	'Elaboration- Likelihood'	Actieve informatieverwerking (Actief leren)	Groepsdiscussie en creatieve opdrachten
Vaardigheden	Sociale vergelijking	Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag	Rolmodel en begeleiden en oefenen in eenvoudige en lastige situaties + feedback
Eigen effectiviteit	Sociale vergelijking	Her attributie	Rolmodel en begeleid leren met feedback
Motivatie	Sociale vergelijking	Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag	Groepsdiscussies, ervaringsverhalen en rolmodellen

Stap 4

Hoe: vier trainingen gericht op kennis, vaardigheden, eigen effectiviteit en motivatie. Hierbij worden de begeleiders geactiveerd om deel te nemen aan de opdrachten. De opdrachten worden aan de hand van groepsdiscussies, creatieve opdrachten, rolmodellen en oefenrondes gerealiseerd.

Wie: stagiaires van SOVAK geven de training aan begeleiders van de woongroepen

Boodschap: er moet meer bewogen worden met de cliënten op de woongroepen

Afweegtabel

Wanneer de kennis van de begeleiders vergroot wordt zal de eigen effectiviteit stijgen. Wanneer de kennis van de begeleiders niet vergroot wordt zal de eigen effectiviteit hetzelfde blijven en niet stijgen. Wanneer de vaardigheden van de begeleiders vergroot wordt kunnen zij deze inzetten om te bewegen op de woongroep waardoor de eigen effectiviteit stijgt. Op het moment dat de vaardigheden niet vergroot worden zullen de begeleiders op dezelfde manier doorgaan en de eigen effectiviteit niet vergroten. Doordat de eigen effectiviteit stijgt zal de motivatie van de begeleiders om te gaan bewegen met de cliënten stijgen. Wanneer de eigen effectiviteit stagneert zal de motivatie hetzelfde blijven of dalen.

Mate van veranderbaarheid

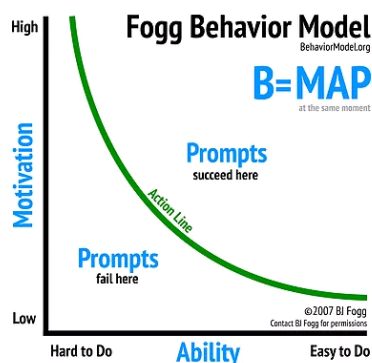
Tussen de determinanten die de onderzoekers willen veranderen zit een verschil in veranderbaarheid. Om motivatie te kunnen veranderen moeten de andere drie determinanten ook veranderen, dit maakt motivatie veranderen een stuk lastiger (Tromp, z.d.). Om motivatie te veranderen moet iemand willen veranderen maar ook denken dat hij het kan, pas als dat het geval is en er geen andere belemmeringen zijn is iemand klaar voor verandering. Ook het Fogg behaviour model laat zien dat wanneer de motivatie laag is en de activiteit lastig te doen is de kans dat de activiteit uitgevoerd wordt veel kleiner is. Wanneer de motivatie laag is maar de activiteit makkelijker is de kans dat de activiteit uitgevoerd wordt veel groter. De pilot training zal dus gemakkelijke activiteiten moeten aanbieden zodat de kans het grootst is dat de begeleiders deze uitvoeren met de cliënten.

Fogg behaviour model

De pilot training is ontwikkeld met behulp van het Fogg behaviour model. Dit model biedt praktische handvatten voor het ontwerpen van maatregelen die leiden tot ander gedrag (Fogg, z.d.).

Het Fogg behaviour model is gebaseerd op drie elementen; motivatie (willen), in staat zijn om te veranderen (vaardig zijn) en triggers. Als er geen gedragsverandering optreedt, ontbreekt ten minste één van deze elementen.

Het model geeft aan dat je een doelgedrag hebt, dit is het gedrag dat jij wilt dat mensen vertonen. Het doelgedrag van de pilot is het bewegen met de cliënt in de vrije tijd op de woongroep. Het Fogg behaviour model wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Fogg behaviour model

Op de verticale as staat de wil om te veranderen of te wel de motivatie. In welke mate is iemand gemotiveerd om het doelgedrag te vertonen? Heeft deze persoon een lage of hoge motivatie?

Op de horizontale as gaat het over kunnen en vaardigheden: Is iemand in staat het doelgedrag te vertonen en is dit makkelijk of moeilijk?

De curve die uiteindelijk getrokken wordt maakt duidelijk dat er verschillende combinaties zijn van kunnen en willen. Wanneer deze combinatie boven de curve uitkomt, is de kans groot dat het doelgedrag vertoond wordt. Komt de combinatie onder de curve uit zal het gedrag zeer waarschijnlijk uitblijven.

Training 1 kennis en risicoperceptie:

Aan de begeleiders vragen/aangeven wat de risico's zijn wanneer de cliënten te weinig bewegen en kennisoverdracht aan de hand van een interactieve presentatie. Ook wordt er een vragenlijst afgenomen.

Training 2 vaardigheden:

Voorbeelden aan de begeleiders geven over hoe ze effectief kunnen bewegen op de woongroep. Denk hierbij aan tafeldekken, opruimen enz. Er worden een aantal voorbeelden gegeven en vervolgens kunnen de begeleiders zelf aangeven wat nog meer effectief zou kunnen zijn om in beweging te komen met de cliënten. De inbreng wordt geëvalueerd en getoetst.

Training 3 eigen effectiviteit:

Toetsen van training één en twee. Hierop feedback vanuit het rolmodel en de onderzoekers. Daarnaast een situatietraining.

Training 4 motivatie:

Groepsdiscussie over alle trainingen en geleerde vaardigheden. Ervaringsverhalen van zichzelf, de onderzoekers en de rolmodellen. Ook wordt de vragenlijst voor de 2e keer afgenomen om het verschil te meten.

Later is besloten om de vier trainingen samen te voegen vanwege tijdsdruk. Hieronder wordt de volledige invulling van de twee trainingen weergegeven.

Kennis en risicoperceptie

“Mensen met een verstandelijke beperking wonend in een zorginstelling bewegen minder dan mensen met een verstandelijke beperking die thuiswonend zijn.”

Bewegen zorgt voor meer plezier, meer zelfvertrouwen en meer zelfstandigheid van de cliënten. Ook draagt regelmatig bewegen bij aan een afname voor angst. Te weinig beweging heeft negatieve gevolgen zoals te zwaar worden, de zin om te bewegen neemt af en de moeite om te gaan bewegen neemt toe. Daarnaast neemt het risico op het krijgen van verschillende ziekten en aandoeningen toe wanneer iemand te zwaar is (van den Berg, 2019). Inactiviteit is de grootste oorzaak van ziekte en vroegtijdige sterfte (Bewegen is medicijn, z.d.).

Vanaf de 30 jaar begint de fysieke fitheid achteruit te gaan, vooral als iemand inactief leeft. Dit zorgt ervoor dat de spierkracht en lenigheid vermindert en dat de mobiliteit, uithoudingsvermogen en coördinatie afneemt. Daarbij is het risico op het krijgen van diabetes, overgewicht, hart en vaatziekten, hartritmestoornissen en slaapproblemen erg groot (Bewegen is medicijn, z.d.).

Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn speciale beweegrichtlijnen opgesteld; “Bewegen is goed, meer bewegen is beter; Sta vaker op of wissel van houding en voeg een extra beweegmoment aan je dag toe” (Kenniscentrum Sport, 2019).

Bewegen met de cliënten kan binnen en buiten.

Voordelen binnen bewegen:

- Temperatuur zelf regelen
- Altijd droog (weer)
- Veilige omgeving

Voordelen buiten bewegen:

- Grotere bewegingsruimte
- Goed voor de fysieke gezondheid (weerstand) (van den Berg, 2019).

Bovengenoemde informatie in quizvorm. Eerst een vraagstelling waar iedereen een antwoord op moet geven. Over de antwoorden discussiëren en zo tot het goede antwoord komen om ze bewust te laten nadenken over het antwoord

Vaardigheden

Tijdens de vaardigheden training zullen de onderzoekers een rolmodel zijn. De onderzoekers zullen eerst vragen stellen aan de begeleiders. Deze vragen zullen gaan over of ze bewegen met de cliënt en op wat voor manier ze dit doen. Ook zal er gevraagd worden of de begeleiders nog speciale dingen willen weten die te maken hebben met bewegen. De onderzoekers zullen daarna verschillende tips en tricks geven over hoe makkelijk je bewegen kan toepassen in het dagelijks leven. Daarna zullen de begeleiders de opdracht krijgen om zelf een gemakkelijke beweegopdracht uit te voeren met materialen die te vinden zijn op de woongroep. Hierna zal feedback gegeven op de bedachte ideeën.

De tips en tricks:

- Bowlen met flessen.
- Vouw twee sokken in elkaar en ga sokwerpen.
- Wc rol (vullen met rijst en heen en weer bewegen – dansen op muziek).
- Trap (neem de trap i.p.v. de lift).
- Wasmand (gooien in de mand).
- Televisie (Nederland in beweging – dansen op muziek).
- Oude schoendozen/ dozen (Materiaal van doos 1 naar doos 2 brengen).
- Bounceballen/ballonnen (over slaan/ schoppen – mag de grond niet raken (kan in teams)).
- Knuffels of kussens (overgooien – sjoelen).
- Washandjes (washandjes oorlog – nat overgooien met warm weer).
- Plastic beker (opstapelen – water overbrengen).
- Een fles vullen met zand of water en gebruiken als gewichtjes voor spierversterkende oefeningen voor de armen.
- Natte sponzen of boterhammenzakjes met water overgooien.
- Flessen omgooien en flessenvoetbal.
- Vul een grote fles met zand of water. Cliënten hebben 3 kleine flesjes zand of water. Wie het dichtste bij de grote fles gooit met zijn kleine flesje heeft gewonnen. Gooi je de grote fles om, dan heb je verloren.

Eigen effectiviteit

Aan het begin van de derde training zullen de eerste twee trainingen getoetst worden door vragen te stellen. Daarna zal er een demonstratie plaatsvinden van een situatie die de begeleiders kunnen tegenkomen op de woongroep. Het gaat om het verschil tussen attributie en overtuigen. Het rolmodel zal twee verschillende situaties voorleggen. Eerst de situatie van overtuigen (begeleider geeft aan wat de cliënt meer moet doen en waarom) (Leren.nl, z.d.). De begeleiders mogen aangeven hoe groot zij de kans schatten dat de cliënten hierdoor een verandering laten zien. Daarna geeft het rolmodel een situatie van attributie (de begeleider geeft meerdere keren per dag complimenten aan de cliënt wanneer hij/zij iets van beweging uitvoert, bijvoorbeeld 'Wat goed dat je de trap nam in plaats van de lift'). Ook hier mogen de begeleiders aangeven hoe groot zij de kans schatten dat de cliënten hierdoor een verandering laten zien. Wanneer de begeleiders de kansen niet goed inschatten zal het rolmodel met behulp van cijfers uit onderzoeken laten zien dat attributie training voor veel meer effect kan zorgen dan overtuigingsstraining.

Training 2

Motivatie

Gedurende deze training zullen de voorgaande trainingen worden geëvalueerd door middel van een groepsdiscussie. Hierin kunnen alle aanwezigen hun ervaringen met de geleerde kennis en vaardigheden kwijt. Ze kunnen vragen stellen aan elkaar en aan de rolmodellen en over lastige situaties kan gediscussieerd worden.

Ook zullen aan de enthousiaste, gemotiveerde begeleiders gevraagd worden of zij de rest kunnen/willen motiveren. De onderzoekers zullen vragen of een van hen of misschien een aantal de 'aanjager' willen worden voor wanneer de onderzoekers niet meer als stagiaires werkzaam zijn bij SOVAK. Dit zodat er altijd iemand of een aantal mensen zijn die zich hard blijven maken voor meer beweging op de woongroepen.

Bijlage 2**Vragenlijst attitude en eigen effectiviteit****Naam code:****Geslacht:****Leeftijd:**

Geef hieronder aan in hoeverre je het eens bent met de stelling. (Omcirkel het cijfer wat het best past).

1	2	3	4	5	6	7
Helemaal oneens	Oneens	Beetje oneens	Neutraal	Beetje eens	Eens	Helemaal eens

1. Ik weet goed hoeveel ik zou moeten bewegen

1 2 3 4 5 6 7

2. Ik weet dat beweging goed is voor de gezondheid

1 2 3 4 5 6 7

3. Ik weet hoe ik mijn kennis over beweging kan toepassen in de praktijk

1 2 3 4 5 6 7

4. Ik ben bekend met de beweeg richtlijnen voor verstandelijk beperkten

1 2 3 4 5 6 7

5. Ik weet hoe ik met mijn cliënt kan bewegen

1 2 3 4 5 6 7

6. Ik zet effectief bewegen met de cliënt in op de woongroep (vb. Tafeldekken, traplopen)

1 2 3 4 5 6 7

7. Ik speel in op de wensen en behoeften van verschillende cliënten gericht op beweging

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. Ik doe aan bewegen met de cliënt op de woongroep

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Ik gebruik (beweeg/dagelijkse) attributen om te bewegen met de cliënt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Ik kan met de cliënt in beweging komen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Ik vind het leuk om nieuwe beweeg manieren uit te proberen met de cliënt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Ik heb vertrouwen dat ik de cliënt op de goede manier kan laten bewegen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Ik vind het een uitdaging om te begrijpen wat de cliënt ervaart tijdens het bewegen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Ik kan op dit moment een sport/beweegactiviteit uitvoeren op de woongroep

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Ik vind het makkelijker als iemand verteld hoe ik moet bewegen met de cliënt dan het zelf bedenken

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. Ik heb er vertrouwen in dat ik wekelijks met de cliënt ga bewegen

1 2 3 4 5 6 7

17. Het is een uitdaging om te leren hoe ik met de cliënt kan bewegen

1 2 3 4 5 6 7

18. Elke cliënt bij mij op de woongroep beweegt minstens 30 min. per dag

1 2 3 4 5 6 7

Sleutel attitude en eigen effectiviteit vragen;

Attitude

Cognitief component: 1,2, 4

Affectief component: 11, 13, 17

Conatief component: 8, 9

Eigen effectiviteit

Vaardigheden: 3, 5, 10, 14, 18

Vertrouwen: 6, 7, 12, 15, 16

Bijlage 3**SMS-6**

Geef hieronder aan in hoeverre het antwoord van toepassing is op de volgende stelling:

1	2	3	4	5	6	7
Helemaal oneens	Oneens	Beetje oneens	Neutraal	Beetje eens	Eens	Helemaal eens

Waarom zou u willen bewegen/beweegt u met de cliënt?

1. Omdat ik het zelf leuk vind om met de cliënt te bewegen

1 2 3 4 5 6 7

2. Omdat het onderdeel uitmaakt van de wijze waarop ik mijn leven met de cliënt wil leiden

1 2 3 4 5 6 7

3. Omdat het een goede manier is om veel dingen te leren die op andere levensgebieden van nut kunnen zijn

1 2 3 4 5 6 7

4. Omdat het zorgt dat ik gewaardeerd word door de mensen die ik ken

1 2 3 4 5 6 7

5. Ik heb het gevoel dat ik niet geschikt ben om te sporten met de cliënten

1 2 3 4 5 6 7

6. Omdat het me veel persoonlijke voldoening geeft als ik bepaalde trainingstechnieken leer beheersen

1 2 3 4 5 6 7

7. Omdat het absoluut noodzakelijk is om de cliënt te laten sporten om de cliënt in vorm te laten komen/blijven

1 2 3 4 5 6 7

8. Omdat het een van de beste manieren is om andere aspecten in mijn leven en die van de cliënt te ontwikkelen

1 2 3 4 5 6 7

9. Omdat het bij me hoort

1 2 3 4 5 6 7

10. Omdat ik me goed voel als de cliënt zich fit voelt

1 2 3 4 5 6 7

11. Voor het aanzien van collega's/ andere organisaties

1 2 3 4 5 6 7

12. Ik weet niet of ik (door wil gaan met dezelfde) tijd en inspanning kan opbrengen voor beweging met de cliënt

1 2 3 4 5 6 7

13. Omdat bewegen met de cliënt overeenkomt met mijn diepste principes

1 2 3 4 5 6 7

14. Voor de voldoening die ik ervaar als ik mijn vaardigheden perfectioneer

1 2 3 4 5 6 7

15. Omdat het een manier is om goede contacten met de cliënten en mijn collega's te onderhouden

1 2 3 4 5 6 7

16. Omdat ik me slecht zou voelen als ik geen tijd zou nemen om te bewegen met cliënten

1 2 3 4 5 6 7

17. Ik denk niet dat sporten met de cliënt in mijn straatje past

1 2 3 4 5 6 7

18. Voor het plezier van het ontdekken van nieuwe inzichten om te bewegen met de cliënt

1 2 3 4 5 6 7

19. Voor de materiële en/of sociale voordelen die sporten met de cliënt met zich meebrengt

1 2 3 4 5 6 7

20. Omdat trainen met de cliënt mijn vaardigheden zal verbeteren

1 2 3 4 5 6 7

21. Omdat het bewegen met de cliënt een heel belangrijk onderdeel is van mijn leven

1 2 3 4 5 6 7

22. Ik geniet niet van sporten met de cliënt

1 2 3 4 5 6 7

23. Omdat ik regelmatig moet sporten met de cliënt

1 2 3 4 5 6 7

24. Om anderen te laten zien hoe goed ik met de cliënten aan het bewegen ben.

1 2 3 4 5 6 7

Sleutel motivatie vragen;

Amotivatie: 5, 12, 17, 22

Externe regulatie: 4, 11, 19, 24

Introjectieve regulatie: 7, 10, 16, 23

Identificatie regulatie: 3, 8, 15, 20

Integratieve regulatie: 2, 9, 13, 21

Intrinsieke motivatie: 1, 6, 14, 18

(Tweede vragenlijst)

Heeft u nog op of aanmerking over de training of tips/tops voor de onderzoekers? Geef ze hieronder aan.

.....

.....

.....

.....

Training 1



Monique van der Klein en Robin van den Boom
Stagiaires SOVAK



Stelling

'Regelmatig bewegen zorgt voor een afname van angst(en) bij de cliënt.'



Stelling

*'Mensen met een verstandelijke beperking wonend in een zorginstelling bewegen **meer** dan mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonend zijn.'*



Vraag

Vanaf welke leeftijd begint de fysieke fitheid achteruit te gaan?

- A: 30
- B: 25
- C: 35



Stelling

'De beweegrichtlijnen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn hetzelfde als voor mensen zonder verstandelijke beperking.'



Voordelen binnen bewegen

Voordelen buiten bewegen



Wat doen jullie al?

- Hoeveel bewegen jullie al en wat doen jullie aan beweging?
- Hoe motiveren jullie de cliënten om mee te doen met beweging?
- Sporten de cliënten van jullie woongroep ook in verenigingsverband?



Beweging cliënten

'Spullen die de cliënten altijd nodig hebben verder weg leggen'

Zoek op internet naar leuke activiteiten!

'Altijd kijken naar de wens van de cliënt, wat vind de cliënt leuk om te doen?'

Probeer dingen uit! Soms denk je dat het niks wordt en uiteindelijk is het super leuk!

Huishoudelijke taken: Opruimen, tuinieren, tafel dekken, was opvouwen...

Plezier staat centraal!

Hometrainer voor de tv zetten

Beloon van tijd tot tijd met diploma's, stickers of iets wat de cliënt leuk vindt

Plan een vast beweegmoment in, bijvoorbeeld net na het eten/koffie drinken of na het handen wassen

Denk in kleine stappen!

Ballonnen werken altijd goed!

Alle beetjes helpen!

Thema activiteiten



Beweging op de woongroep

- Verschillende spellen
- SOVAK in beweging (tips en tricks)
- https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/Verbeterprogramma/Beweeg_en_educatieprogramma/Beweegprogramma_bundel.pdf



Situaties

Overtuigen VS Attributie



Samenvatten

- Wat nemen jullie mee?
- Doe vooral wat jij en de cliënt leuk vindt!
- Begin klein en bouw rustig op.
- Verplicht de cliënt niets, maar geef ze complimenten wanneer ze mee willen doen en iets aan beweging doen



Antwoorden eerste training

Stelling:

‘Mensen met een verstandelijke beperking wonend in een zorginstelling bewegen **meer** dan mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonend zijn.’

Onjuist, dit komt omdat binnen zorginstellingen vaak minder tijd is en minder persoonlijke aandacht voor de cliënt dan in de thuissituatie.

Stelling:

‘Regelmatig bewegen zorgt voor een afname van angst(en) bij de cliënt.’

Juist, en welke voordelen van bewegen zijn er nog meer voor de cliënt?
Meer plezier, meer zelfvertrouwen en meer zelfstandigheid.

Vraag:

Wat zijn negatieve gevolgen van de inactiviteit van de cliënt?

Antwoord:

Te zwaar worden, zin om te bewegen neemt af, moeite om te bewegen neemt toe, risico op verschillende ziekten en aandoeningen neemt toe, risico op vroegtijdig sterfte neemt toe.

Vraag:

Vanaf welke leeftijd begint de fysieke fitheid achteruit te gaan?

Antwoord:

A – 30 jaar. De gevolgen: spierkracht en lenigheid vermindert, mobiliteit/ uithoudingsvermogen en coördinatie nemen af, risico op krijgen van diabetes, overgewicht, hart- en vaatziekten, hartritme stoornissen en slaapproblemen vergroten.

Stelling:

‘De beweegrichtlijnen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn hetzelfde als voor mensen zonder verstandelijke beperking.’

Antwoord:

Onjuist.

Bewegen is goed, meer bewegen is beter.

Sta vaker op of wissel van houding en voeg een extra beweegmoment aan de dag toe.

Onze beweegrichtlijnen: 2,5 uur per week matig intensief bewegen + 2x per week botversterkende oefeningen

Vraag:

Voordelen van binnen bewegen

Antwoord: temperatuur zelf regelen, altijd droog weer, veilige omgeving

Voordelen van buiten bewegen

Antwoord: grotere bewegingsruimte, goed voor de fysieke gezondheid (weerstand)

Training 2

Motiveren tot bewegen!

training 2

Monique van der Klein en Robin van den Boom
Stagiaires SOVAK



Evaluatie training 1

- Wat zijn jullie ervaringen?
- Hoe is het gegaan in de praktijk?
- Zijn jullie lastige situaties tegen gekomen?
- Zijn jullie leuke situaties tegen gekomen?

Vragen stellen

- Aan elkaar
- Aan ons

Toestemmingsformulier vragenlijsten

Bij het invullen van de vragenlijsten gaat u akkoord met het onderstaande:

Ik weet dat het invullen van de vragenlijst en deelname aan de training geheel vrijwillig is. Ik ben me er van bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om mijn deelname te staken. Hier hoef ik geen reden voor te geven.

Voorafgaand aan de training kon ik aanvullend vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen om mee te doen.

Ik weet dat de onderzoekers mijn gegevens kunnen zien en dat de gegevens uit de vragenlijst nooit openbaar zullen worden. Ook heb ik recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.

Ik geef toestemming dat SOVAK mijn gegevens mag inzien.

Ik geef toestemming om mijn gegevens nog maximaal 10 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren, zodat deze in de toekomst mogelijk voor een vervolg onderzoek gebruikt kunnen worden.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Handtekening:

Datum:/...../.....