

De rol van zingeving bij leefstijlverandering

EEN ONDERZOEK BIJ PATIËNTEN MET
CARDIOVASCULAIRE ZIEKTEN, DIABETES, COPD EN/OF
ASTMA



AFSTUDEERONDERZOEK – HBO-VERPLEEGKUNDE (2015-2016)

ONDERZOEKERS

Sylvia van den Brink, Christien Greving en Rynke Saathof

OPDRACHTGEVER

Leida Janssen-Niemeijer – Lectoraat Zorg & Zingeving

Hogeschool Viaa, Zwolle

23 mei 2016



Titelblad

HOE BEÏNVLOEDT ZINGEVING LEEFSTIJLVERANDERING BIJ MENSEN MET EEN CARDIOVASCULAIRE ZIEKTE, DIABETES MELLITUS, COPD EN/OF ASTMA?

Bij de afbeelding op de voorkant van het afstudeeronderzoek:

De appel op de voorkant is een beeld wat de onderzoekers goed vonden passen bij het veranderen van de leefstijl, omdat 'gezond eten' past bij leefstijlverandering bij bovengenoemde ziektebeelden. De hap uit de appel in de vorm van een hart, weerspiegelt het andere aspect wat in het onderzoek naar voren komt, namelijk 'zingeving'. Het staat voor dat wat mensen belangrijk vinden in het leven. Het weerspiegelt ook de vier vormen van zingeving, zoals 'zichzelf' (de appel, die de persoon voorstelt, is uniek), 'anderen' (de appel die in verbinding staat/ stond met een boom), het transcendente (de verbinding met de hogere macht, zoals de boom), 'de natuur' (een appel is een natuurlijk product en groeit in de natuur). De hap uit de appel weerspiegelt ook de wijze van onderzoeken, namelijk het diep door proberen te dringen tot de beleving van respondenten, om tot de kern te komen. Door diep tot de kern door te dringen zijn nieuwe inzichten opgedaan die duidelijk maakten dat leefstijlverandering voor respondenten meer is dan het opvolgen van leefstijlregels, zoals het nemen van gezonde voeding.

Afstudeeronderzoek HBO-V, Mei 2016

Auteurs: S.D. van den Brink, C.H. Greving, R. Saathof

Opleider: Viaa, Zwolle

Opdrachtgever: L. Janssen-Niemeijer

Docentbegeleider: M. Harink

Tweede beoordelaar: B. Cusveller

Samenvatting

Binnen de maatschappelijke gezondheidszorg is onderzoek gedaan naar de rol van zingeving bij leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma. Het onderzoek is voortgekomen uit het promotieonderzoek van Leida Janssen-Niemeijer.

Method

Voor het onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie en een fenomenologische benadering, om met een 'open vertrekhouding' het onderzoek uit te voeren. In de maanden maart en april 2016 zijn acht diepte-interviews gehouden door onderzoeker en opdrachtgever Leida Janssen-Niemeijer. Voor het onderzoek is een doelgerichte selectie steekproef gekozen. Tot de populatie behoren zowel mannen als vrouwen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma, in de leeftijdscategorie van 18 tot 80 jaar, die te maken hebben met leefstijlverandering en begeleiding hebben (gehad) van een praktijkverpleegkundige. Tijdens de individuele niet-gestructureerde interviews werd gevraagd naar de betekenis van de leefstijlverandering en de rol van zingeving bij leefstijlverandering.

Resultaten

De respondenten benoemden verschillende aspecten die betrekking hebben op leefstijlverandering zoals interventies op het gebied van voeding, medicatie, stoppen met roken, bewegen, het verlagen van stress, structuur en controle, het handelen van professionals, planning en onbegrip van anderen. Tevens werd benoemd door respondenten dat leefstijlverandering het doen van zinvolle activiteiten kan belemmeren. De respondenten benoemden hulpbronnen die onder te verdelen zijn in de vier vormen van zingeving vanuit de definitie van Puchalski en Ferrell (2010), namelijk 'zichzelf', 'anderen', 'God/hogere macht' en 'natuur'. Bij 'zichzelf' werden veel aspecten benoemd die respondenten helpen, zoals zelfdiscipline, het zorgen voor structuur en het stellen van grenzen. Voor veel respondenten helpt vooral de wil om zich gezond te voelen om de leefstijlverandering vol te houden. Daarnaast helpt een zinvolle activiteiten enkele respondenten om regelmaat te creëren en kwaliteit van leven te ervaren. 'Anderen' werd ook benoemd als hulpbron. Anderen kunnen bijvoorbeeld de respondent stimuleren om zich te houden aan de leefstijlverandering. Enkele respondenten gaven aan dat het kunnen praten over leefstijlverandering en het begrip van anderen, belangrijk voor hen is. Tevens helpt het ervaren van een bepaalde rol in het leven, zoals moeder of oma, respondenten bij het volhouden van de leefstijlverandering. Enkele respondenten benoemden dat religie hen kracht en rust geeft om vol te houden. Andere respondenten gaven aan dat religie voor hen geen hulpbron bij leefstijlverandering is. Sommige respondenten waren zich niet bewust van de rol die religie kan innemen bij leefstijlverandering. Een respondent gaf aan 'religie' te willen betrekking bij leefstijlverandering. Ten slotte werd 'natuur' als hulpbron benoemd om ontspanning te vinden.

Conclusie/aanbevelingen

Uit het onderzoek is gebleken dat zingeving door de respondenten als hulpbron wordt ervaren. De hulpbronnen die benoemd werden, passen bij de vier vormen van zingeving. Opvallend was bij de vorm 'zichzelf', dat de wil om zich gezond voelen voor respondenten belangrijk is om bezig te kunnen blijven. Bij de vorm 'anderen' werd door respondenten benoemd dat het krijgen van begrip van anderen belangrijk is. Tevens is het hebben van een verantwoordelijkheid jegens anderen, voor sommige respondenten een stimulans om leefstijlverandering vol te houden. 'Religie' werd door

sommige religieuze respondenten als hulpbron ervaren bij leefstijlverandering. 'Natuur' werd ook als hulpbron gebruikt om ontspanning te vinden. Vanuit de interviews is gebleken dat de respondenten zich niet meteen bewust waren van de rol van zingeving bij leefstijlverandering. Aan te bevelen is dat verpleegkundigen aandacht besteden aan wat de leefstijlverandering voor patiënten betekent. Bovendien kunnen verpleegkundigen patiënten ondersteunen om bewust te worden van de rol die zingeving kan spelen bij leefstijlverandering.

Abstract

The role of spirituality in lifestyle changes for people with cardiovascular diseases, diabetes, COPD and/or asthma is investigated in Public Health. This investigation was carried out in commission of Leida Janssen-Niemeijer, who is occupied with her doctoral research about the aspect 'spirituality' to lifestyle changes in people with chronic illnesses.

Method

In order to create an open attitude for this research, a qualitative research strategy and a phenomenological approach were chosen. During the months of March and April 2016 eight depth-interviews were held by the investigator Leida Janssen-Niemeijer. The type of the sample that has been used, is an object-oriented random sample, based on the attendance of cardiovascular diseases, diabetes mellitus, COPD and/or asthma in respondents. The group of respondents consists out of men and women, in the age of 18 to 80 years, who are dealing with lifestyle changes and have or have had support from a practice-nurse. In the individual non-structured interviews, respondents were asked about the importance of lifestyle changes and the role of spirituality in lifestyle changes.

Results

The respondents specified different aspects as to lifestyle changes, such as: interventions of nutrition, medication, smoking cessation, physical exercise, reduce of stress, structure and control, actions of professionals, planning and a lack of incomprehension from others. Besides this, the respondents opted that lifestyle changes could hinder them from doing meaningful activities. The respondents named diverse resources, which can be divided in the four forms of spirituality. These four forms are defined by Puchalski and Ferrell (2010): 'itself', 'others', 'God/transcendent' and 'nature'. Many aspects were named that belongs to the form 'itself', such as self-discipline, ensuring structure and setting limits. For many respondents, this helps the desire to feel healthy and to maintain the lifestyle changes. In addition, meaningful activities do help some of the respondents to create regularity and to experience quality of life. The form 'others' was also referred as to a resource. Others could, for example, boost to maintain the lifestyle changes. Some respondents named that talking about the lifestyle changes and the understanding of others, matters to them. Furthermore, respondents highlighted that experiencing a certain role in life, like being a mother or a grandmother, helps to maintain the lifestyle changes. Some respondents explained that religion gives strength and peace to maintain lifestyle changes. However other respondents stated that religion is not a resource for them. Some respondents were not aware of the role religion could play in lifestyle changes. One of the respondents said that she wants to draw 'religion' into the lifestyle changes. Finally, the form 'nature' was defined as a resource to find relaxation.

Conclusion/recommendations

The investigation has shown spirituality has been experienced by the respondents as a resource to maintain lifestyle changes. The resources, which were mentioned, are matching with the four forms of spirituality. Striking was, in the form 'itself' that respondents desire to feel healthy, so they are able to continue the process. In the form 'others', the respondents named that understanding of others is meaningful. In addition, having responsibility to others is for some respondents a stimulus to maintain the lifestyle changes. 'Religion' was perceived as a resource for lifestyle changes by some respondents. 'Nature' was also named as a source of support for lifestyle changes, in order to find relaxation. Interestingly, the results show that some respondents were not aware of the role religion

could play in lifestyle changes. Therefore it is highly recommended that nurses will give attention to the meaning of lifestyle changes for patients. Furthermore, nurses could support patients, so they will be aware of the role spirituality plays in lifestyle changes.

Inhoudsopgave

Titelblad	1
Samenvatting	2
Abstract	4
Inhoudsopgave	6
Voorwoord	8
Inleiding	9
Aanleiding	9
Relevantie	9
Onderzoeksvraag	10
Doelstellingen	11
Leeswijzer	11
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	12
1.1 Ziektebeelden	12
1.2 Theorieën over zingeving en leefstijlverandering	15
1.3 Begeleiding bij leefstijlverandering	17
1.4 Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen	19
1.5 Literatuuronderzoek en praktijkonderzoek	20
Hoofdstuk 2: Methodologie	21
2.1 In/exclusiecriteria	21
2.2 Type onderzoek	21
2.3 Steekproef	22
2.4 Dataverzamelmethode	23
2.5 Meetinstrument	23
2.6 Data-analyse	24
2.7 Betrouwbaarheid en validiteit	25
2.8 Ethische verantwoording	26
Hoofdstuk 3 Resultaten	27
3.1 Kenmerken respondentengroep	27

3.2 Resultaten deelvraag 1: Aspecten leefstijlverandering	28
3.3 Resultaten deelvraag 2: Hulpbronnen van zingeving	32
3.4 Samenvatting	36
Hoofdstuk 4 Conclusie	38
4.1 Conclusie theoretisch kader	38
4.2 Conclusie praktijkgerichte deelvragen	39
4.3 Conclusie hoofdvraag	41
Hoofdstuk 5 Discussie	42
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	45
Bibliografie	48
Bijlagen I t/m XI	53
Bijlage I: Zoekplan literatuur	54
Bijlage II: Meetinstrument	62
Bijlage III: Informed consent formulier	64
Bijlage IV: Analyse interview 1	65
Bijlage V: Analyse interview 2	67
Bijlage VI: Analyse interview 3	69
Bijlage VII: Analyse interview 4	71
Bijlage VIII: Analyse interview 5	73
Bijlage IX: Analyse interview 6	75
Bijlage X: Analyse interview 7	78
Bijlage XI: Analyse interview 8	81

Voorwoord

Dit verslag is geschreven in het kader van de afronding van de opleiding HBO-verpleegkunde. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Lectoraat Zorg en Zingeving van de Hogeschool Viaa. Wij, als studenten hebben het onderzoek onafhankelijk van onderzoeker en opdrachtgever Leida Janssen-Niemeijer opgezet en uitgevoerd.

De persoonlijke motivatie van ons als onderzoekers om te kiezen voor het onderwerp van dit onderzoek, is dat het onderwerp betrekking heeft op de essentiële aspecten van het verpleegkundig beroep. Een van de studenten heeft ervaring in de revalidatiezorg bij het ondersteunen van mensen met een cardiovasculaire ziekte en heeft stage gelopen op een afdeling cardiologie in het ziekenhuis. De andere student liep stage op een ziekenhuisafdeling voor cerebrovasculaire ziekten. In deze stages werd opgemerkt dat er voor patiënten vaak sprake is van het ingrijpend moeten veranderen van de leefstijl. Wij, als aanstaande verpleegkundigen, vinden het belangrijk om vanuit onze christelijke overtuiging, oog te hebben voor de betekenis die mensen geven aan het leven. In dit onderzoek is inzicht verkregen in de rol van zingeving bij leefstijlverandering. In het licht van de te vervullen rol als verpleegkundige, is het onderzoek relevant. Het doel van een verpleegkundige is om patiënten te stimuleren de eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. In de beroepspraktijk wordt duidelijk dat dit niet vanzelf gaat en dat zingeving een belangrijke rol vervult in het vinden van kracht bij moeilijke levensomstandigheden.

Door het uitvoeren van dit afstudeeronderzoek hebben we ons ontwikkeld in het opzetten en uitvoeren van een onderzoek. We hebben op een enthousiaste manier samengewerkt aan het onderzoek.

Tijdens het afstudeerproces waren een aantal personen betrokken bij het onderzoek, die we willen bedanken. Onze dank gaat uit naar Leida Janssen-Niemeijer, als opdrachtgever van het onderzoek, die zich heeft ingezet bij het afnemen van de interviews met alle respondenten. Ook bedanken we Marian Harink, die als docente zeer betrokken was bij het afstudeeronderzoek en met enthousiaste houding heeft meegedacht in het onderzoeksproces. Ook Bart Cusveller bedanken we voor het geven van feedback als tweede beoordelaar. Onze dank gaat in algemeenheid uit naar alle docenten van de Viaa, die hebben benadrukt dat zingeving een belangrijk aspect vormt in het leven van patiënten, in gezondheid en ziekte en in het licht van de eigen regie. Tot slot willen we de respondenten bedanken voor hun waardevolle inbreng bij de interviews.

Zwolle, mei 2016

Sylvia van den Brink , Christien Greving, Rynke Saathof

Inleiding

Een ervaringsverhaal van een 57-jarige patiënt op een afdeling in het ziekenhuis over zijn leefstijlverandering:

‘Een paar jaar geleden reed ik in de auto en viel opeens weg. Ik kreeg een hartstilstand, maar ik werd gelukkig geholpen en direct gereanimeerd. Er is sindsdien nog maar 25 procent van de pompfunctie van mijn hart over. Ik merk dat ik minder conditie heb dan eerst en ik heb afgelopen tijd veel ziekenhuisopnames gehad. Het is jammer dat ik er niet helemaal overheen ben gekomen. Ik ben na de hartstilstand minder gaan roken. Ik rook nog maar 1 pakje shag per week, in plaats van één pakje per dag. Het is me nog niet gelukt om helemaal te stoppen, omdat je hier met je gedachten helemaal achter moet staan. Medicatie helpt me niet hierbij. Ik wil het maximale uit mezelf halen in de tijd die ik nog heb om mijn vrouw en dochters – die nu net verkering hebben – nog zo lang mogelijk mee te maken.’

Aanleiding

Steeds meer patiënten krijgen te maken met aandoeningen waarbij leefstijlverandering belangrijk is. Leefstijlverandering, zoals het stoppen met roken vanwege een cardiovasculaire ziekte, is niet altijd eenvoudig, blijkt uit het zojuist beschreven ervaringsverhaal. Rubens & Wesseling (2012) bevestigen dit, door te benoemen dat niets zo moeilijk is als het veranderen van leefstijl. Met termen als ‘leefstijl coaching’ of ‘zelfmanagement’ wordt in de literatuur beschreven hoe patiënten begeleid kunnen worden bij leefstijlverandering. De intrinsieke motivatie om leefstijl te veranderen is voor iedereen anders (Rubens & Wesseling, 2012). Uit de literatuur blijkt dat zingeving mensen intrinsiek kan motiveren om hun leefstijl aan te passen (Baldacchino, 2011). Uit een ander onderzoek is gebleken dat zingeving er voor zorgt dat mensen met een hartziekte beter met de onzekerheid van het leven om kunnen gaan (Peterson et al., 2010). Zingeving betrekken in de zorgverlening is daarom belangrijk. Verpleegkundigen zijn zich er niet altijd van bewust dat zij hierin iets voor de patiënt kunnen betekenen. De belangstelling voor zingeving in de verpleegkunde is echter wel steeds meer zichtbaar (Leeuwen & Cusveller, 2005). Het Universitair Medisch Centrum (UMC) St. Radboud benoemt in de richtlijn ‘Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied’, dat verpleegkundigen regelmatig vragen hebben met betrekking tot levensvragen, spirituele vraagstukken of zingeving en religie (Aoulad & Bertens, 2008).

In het onderzoek staat daarom centraal ‘hoe’ zingeving leefstijlverandering beïnvloedt bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en/of astma zingeving.

Relevantie

Het onderzoek sluit aan bij de ontwikkeling dat steeds meer patiënten te maken hebben met aandoeningen waarbij leefstijlverandering belangrijk is. Uit een onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu blijkt dat de ziekenhuisprevalentie van hart- en vaatziekten in 2010, 282.681 was, waarvan 153.697 mannen en 128.984 vrouwen (Poos & Blokstra, 2012). Ziekenhuisprevalentie wil zeggen: het aantal mensen dat in een ziekenhuis opgenomen is geweest in 2010, inclusief dag-opname. Per 10.000 personen is de ziekenhuisprevalentie voor hart- en

vaatziekten het hoogst voor personen van 85 tot 90 jaar (Poos & Blokstra, 2012). In de periode van 1995-2010 is de ziekenhuisprevalentie gestegen: tot 6 procent bij mannen en 22 procent bij vrouwen. Het sterftecijfer ten gevolge van hart- en vaatziekten is echter sterk gedaald. In de periode van 1950-2011 was de daling voor vrouwen ruim 70 procent en voor mannen ruim 60 procent (Poos & Blokstra, 2012). Uit deze cijfers blijkt dat minder mensen sterven aan cardiovasculaire ziekten dan jaren geleden, maar juist meer mensen een cardiovasculaire ziekte ontwikkelen. Er zijn dus meer mensen die ten gevolge van een cardiovasculaire ziekte, hun leefstijl moeten aanpassen.

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat zingeving voor empowerment zorgt, hoop biedt, voor energiemobilisatie zorgt, interne beheersing oplevert, mensen rolmodellen biedt, het sociale steun biedt en ten slotte wordt vanuit sommige religieuze groepen gezond leven gepropageerd (Heck & Uden, 2005). Mogelijk kunnen verpleegkundigen door middel van deze kennis patiënten beter ondersteunen bij leefstijlverandering. Het is een taak van een verpleegkundige om zich te richten op de kwaliteit van leven en het welzijn van patiënten. Deze taak omvat het bevorderen, in standhouden en herstellen van gezondheid, het voorkomen van ziekte of lijden en het verlichten van ongemak (Witte et al., 2011). Uitgangspunt hierbij is dat de regie zoveel mogelijk bij de patiënt ligt (CGMV et. al, 2015). Een voorbeeld uit de praktijk bij diabetesverpleegkundigen is dat zij het zelfmanagement stimuleren bij patiënten. Zelfmanagement is namelijk een belangrijke factor bij het veranderen van de leefstijl bij mensen met een cardiovasculaire ziekte als gevolg van ongezonde leefgewoonten (Jokar et al., 2015). Zo is de manier van zorg verlenen binnen bijvoorbeeld de diabeteszorg aan het veranderen en wordt de zorg meer mensgericht. Diabetesverpleegkundigen besteden daarom binnen mensgerichte zorg meer aandacht aan de normen, waarden en ervaringen van de patiënt (Zitvast, 2015). De verpleegkundige heeft als taak om de zorg af te stemmen op de patiënt door inzicht te krijgen in wat de ziekte voor de patiënt betekent en welke steun de patiënt nodig heeft (Zitvast, 2015). Bovendien beschrijft de beroepscode voor verpleegkundigen dat het de taak van de verpleegkundige is om aan te sluiten bij de zorgbehoeften van de patiënt (CGMV et. al, 2015). Door dit afstudeeronderzoek is inzicht verkregen in de rol van zingeving bij leefstijlverandering, aan de hand van de ervaringen van patiënten. Voor verpleegkundigen kunnen deze inzichten mogelijk helpen bij het ondersteunen van de patiënten bij leefstijlverandering.

Het onderzoek is wetenschappelijk gezien relevant, vanwege de uitgebreide literatuurstudie die is gedaan, die is verwerkt in het theoretisch kader.

Onderzoeksvraag

Voor het onderzoek is een onderzoeksvraag opgesteld, die opgesplitst is in deelvragen. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

‘Hoe beïnvloedt zingeving leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma?’

De deelvragen voor het literatuuronderzoek zijn:

- Welke leefstijlveranderingen horen bij cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, COPD en/of astma?
- Welke relatie bestaat er tussen zingeving en leefstijlverandering?
- Wat is de rol van zelfmanagement bij leefstijlverandering?

De deelvragen voor het praktijkonderzoek zijn:

- Wat betekent het voor patiënten met cardiovasculaire ziekten, diabetes, COPD en/of astma om hun leefstijl te veranderen?
- Hoe betrekken patiënten met cardiovasculaire ziekten, diabetes, COPD en/of astma, zingeving bij leefstijlverandering?

Doelstellingen

Als doelstelling was gesteld om door middel van een onderzoek in de periode van september 2015 tot en met mei 2016, inzicht te verkrijgen in de rol van zingeving bij leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte en diabetes mellitus, COPD en/of astma. Ten eerste is onderzocht wat het voor mensen betekent om hun leefstijl te veranderen. Ten tweede is onderzocht hoe mensen zingeving betrekken bij leefstijlverandering. Vanuit de conclusie zijn aanbevelingen voor de beroepspraktijk opgesteld.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is het theoretisch kader uiteengezet. In hoofdstuk 2 is de methodologie van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 zijn de resultaten gepresenteerd van het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 4 volgt de conclusie uit de resultaten, waarin antwoord is gegeven op de onderzoeksvraag. In hoofdstuk 5 is zowel een inhoudelijke als een methodische discussie beschreven. In dit hoofdstuk is ook een visie beschreven over de resultaten van onderzoek. Aansluitend op de conclusie en discussie zijn aanbevelingen geformuleerd in hoofdstuk 6. De gebruikte literatuur voor het onderzoek is opgenomen in de bibliografie. Ten slotte zijn een aantal bijlagen toegevoegd aan dit verslag, namelijk het zoekplan voor de literatuur, een uitwerking van het meetinstrument, het informed consent formulier en de analyseschema's van de interviews.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

In dit theoretisch kader zijn de ziektebeelden uitgewerkt, die voor de respondentengroep gelden. De theorieën over zingeving en leefstijlverandering zijn in dit hoofdstuk uiteengezet. Ook is beschreven wat er in de literatuur beschreven is over de begeleiding bij leefstijlverandering. Het theoretisch kader eindigt met de ontwikkelingen over het onderwerp op politieke en maatschappelijke gebied en de link naar het praktijkonderzoek. In het onderzoeksverslag is consequent het woord 'zingeving' aangehouden. Als zoekterm binnen Engelstalige literatuur is gebruik gemaakt van het woord 'spirituality' omdat deze zoekterm de meest nuttige resultaten opleverde. Binnen het afstudeerverslag is het woord 'spiritualiteit' vervangen door 'zingeving', omdat dit beter bij de brede definitie van zingeving past die gekozen is voor het onderzoek.

1.1 Ziektebeelden

1.1.1 Cardiovasculaire ziekten

Cardiovasculaire ziekten worden ook wel hart- en vaatziekten genoemd. Bij vrouwen is een cardiovasculaire ziekte doodsoorzaak nummer één, bij mannen doodsoorzaak op de tweede plek (Vaartjes et al., 2011). In 2008 werden 345.830 mensen in een ziekenhuis opgenomen vanwege hart- en vaatziekten. Aandoeningen aan de kransslagaders komen het meeste voor, gevolgd door de cerebrovasculaire aandoeningen. Zij vormen samen meer dan de helft van het totaal aantal hart- en vaatziekten. Onder de overige hartziekten vallen ziekten als: hartfalen, perifere vaatlijden en atherosclerose, maar ook aangeboren hartafwijkingen, reumatische hartziekten en infectieuze hartziekten (Blokstra et al., 2012).

Cardiovasculaire ziekte en leefstijl

Van de hart- en vaatziekten wordt 80 procent veroorzaakt door risicofactoren, zoals hypertensie, hypercholesterolemie, hyperglycemie, overgewicht en roken (Hickox-Vriens et al., 2007). Voor mensen met een hart- en vaatziekte krijgen de volgende leefstijladviezen, om de kans op een acute hartaandoening te verkleinen: gezonde voeding nuttigen, stoppen met roken, voldoende lichaamsactiviteit en het alcoholgebruik beperken. Deze leefstijlinterventies helpen de bloeddruk en bloedsuiker te verlagen en voorkomen de vorming van atherosclerose en atherotrombose (Blokstra et al., 2012). Het opvolgen van deze leefstijladviezen is erg belangrijk, omdat het namelijk het risico op een acute hartaandoening, zoals een hartinfarct, cerebrovasculair accident (CVA) of plotselinge dood vermindert.

Cardiovasculair risicomanagement

De prevalentie van hart- en vaatziekten als het gevolg van atherotrombose neemt toe (Hickox-Vriens, et al., 2007). Daarom is er het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) opgezet. Binnen het CVRM worden hart- en vaatziekten gediagnosticeerd en behandeld. Tevens wordt binnen het CVRM onderzoek gedaan naar de risicofactoren op hart- en vaatziekten. Chronische vasculaire verpleegkundige zorg is gericht op de lange termijn gevolgen van een cardiovasculaire ziekte (Hickox-Vriens et al., 2007). De taak van de verpleegkundige is, om patiënten te begeleiden om bestaande gezondheidsrisico's te beperken en een gezonde levensstijl te hanteren. Volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) moet de huisarts aan alle patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten leefstijladvies geven over de hiervoor genoemde thema's. Voor leefstijladviezen met betrekking tot voeding vormt de 'Richtlijn Gezonde Voeding' (Gezondheidsraad,

2015) het uitgangspunt. Door voedingsadvies treedt er beperkt gunstig effect op ten aanzien van het verlagen van cardiovasculair risico (Kleijn, 2013). Bij multimorbiditeit kan beweging lastig zijn en dan kan een fysiotherapeut ondersteuning bieden (Kleijn, 2013). Naast adviezen met betrekking tot voeding en beweging wordt er veel aandacht besteed aan leefstijladvies met betrekking tot roken. Volgens het RIVM overleden in 2013 2.948 mensen aan cardiovasculaire ziekten door roken (RIVM, 2013). Ook meerroken geeft een verhoogd risico van 25 procent op het krijgen van longkanker of cardiovasculaire ziekten. Advies bij roken is dan ook om helemaal te stoppen met roken, want hoe jonger gestopt wordt met roken, des te groter de kans is dat het risico op cardiovasculaire ziekten normaliseert. Na twee tot drie jaar is de verlaging van het risico al zichtbaar (Kleijn, 2013). Uit onderzoek blijkt dat maximaal 50 procent van de CVA's te voorkomen is door leefstijl en behandeling van risicofactoren. Roken en hypertensie zijn belangrijk om te behandelen omdat deze belangrijke oorzaken van een CVA zijn (Broekhuizen, 2014).

1.1.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij diabetes mellitus is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dit wordt veroorzaakt doordat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of doordat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamssweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en uiteindelijk complicaties van hart en vaten, ogen, nieren en zenuwen (Spijkerman, 2013).

Diabetes mellitus en leefstijl

Bij een aandoening zoals diabetes mellitus, speelt leefstijlverandering vaak een grote rol (Medisch Dossier, 2009). Volgens Patrick Schrauwen, hoogleraar metabole aspecten van diabetes type 2, blijkt uit wereldwijde studies dat met een betere leefstijl zelfs meer winst te behalen is dan met medicatie (Marx, 2011). Bij leefstijl en diabetes is het belangrijk dat de patiënt regelmatig beweegt om een gezond gewicht te behouden, gezond eet met niet te veel koolhydraten, niet rookt en matig omgaat met alcohol (Diabetesvereniging Nederland, 2015). Door ongebruikt opgeslagen vet kan de patiënt ongevoelig worden voor insuline (Marx, 2011).

1.1.3 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een chronische aandoening gekenmerkt door verminderde longfunctie, die veelal veroorzaakt wordt door roken. COPD is een overkoepelende term voor de volgende aandoeningen: chronische (obstructieve) luchtweg aandoening, longemfyseem en chronische bronchitis. Personen die COPD ontwikkelen, hebben abnormale en verhoogde ontstekingen in de luchtwegen van de long. Dit veroorzaakt een overmatige productie van kleverig slijm, vernietiging van de gebieden in de long waar zuurstof in de bloedbaan komt en bemoeilijkt het herstel van een aangedane long. Dit alles resulteert in het vernauwen van de luchtwegen, mindere flexibiliteit van de longen en bemoeilijkt de ademhaling. De longcapaciteit vermindert en de rechter kant van het hart kan overvuld raken, waardoor vocht zich op kan hopen in de hoeken en later ook in de benen, onderrug, buik en lever (Currie, 2009).

COPD en leefstijl

Leefstijl speelt ook bij COPD een grote rol. Volgens het RIVM overleden er in 2013 5.328 mensen aan COPD als gevolg van roken (RIVM, 2013). Stoppen met roken kan ook in de fase van zeer ernstige luchtwegobstructie verdere versnelde achteruitgang remmen. Een ander voordeel is dat een patiënt minder exacerbaties heeft. Tevens kan een behandeling met zuurstof zonder gevaar ingezet worden. Ook beweging heeft een positieve invloed op COPD, namelijk op het effect van luchtwegverwijders. Soms kunnen COPD-patiënten bewegingsadviezen niet opvolgen vanwege de klachten die de ziekte met zich meebrengt. In dat geval kan een fysiotherapeut goede ondersteuning bieden. Bij COPD-patiënten kan een verminderde voedingstoestand vóórkomen. Bij een verminderde voedingstoestand wordt er een verminderde kwaliteit van leven ervaren en daarnaast is er grotere kans op ziekenhuisopname en ook een hoger sterfterisico. Aan COPD-patiënten met een verminderde voedingstoestand wordt een voedingsinterventie als onderdeel van een revalidatieprogramma geadviseerd. Hierbij kunnen een longarts en diëtiste in consult gevraagd worden (Dekhuijzen & Chavannes, 2013).

1.1.4 Astma

Astma is een aandoening die telkens terugkeert, waarbij de luchtwegen ontsteken en zich tijdelijk vernauwen door bepaalde prikkels. Hierdoor ontstaan ademhalingsmoeilijkheden (Merck Manual, 2003). Deze prikkels kunnen irriterende stoffen zijn, zoals parfum, tabaksrook, maar ook emotionele spanningen, lichamelijke inspanning, virale luchtweginfecties en verschillende stoffen waar iemand allergisch voor is. De oorzaak van astma is niet bekend. Erfelijkheid vormt een risicofactor, evenals roken tijdens de zwangerschap door de moeder, het wonen in een stad en grote blootstelling aan allergenen in de jeugd. De aandoening ontstaat meestal in de kindertijd en kan verdwijnen. Bij anderen verdwijnt de aandoening niet meer.

Leefstijlverandering bij astma

Leefstijlfactoren die belangrijk zijn bij COPD en astma, zijn niet roken, voldoende bewegen, gezonde voeding, het vermijden van prikkels die luchtwegklachten verergeren en het omgaan met medicatie die benauwdheid tegengaat (Baan et al., 2012). Mensen met astma die blijven roken, hebben meer klachten. Ook werkt daardoor de medicatie minder goed. Het komt voor, dat mensen met COPD of astma niet therapietrouw zijn, net als bij andere chronische ziekten, door angst voor bijwerkingen of het vergeten van medicatie.

1.1.5 Multimorbiditeit

Ongeveer 11 procent van de Nederlanders (1,9 miljoen mensen) heeft twee of meer ziekten, ook wel multimorbiditeit genoemd. Bij de 75-plussers is dit zelfs 50 procent. Multimorbiditeit kan komen door toeval of doordat de ziekten dezelfde risicofactoren hebben (bijvoorbeeld bij diabetes mellitus, coronaire hartziekten en beroerte) zoals een ongezonde leefstijl (RIVM, 2011). De ene ziekte kan ook de kans op een andere ziekte vergroten. Diabetes mellitus is bijvoorbeeld een risicofactor voor hart- en vaatziekten (Schellevis & Hoeymans, 2013).

1.2 Theorieën over zingeving en leefstijlverandering

1.2.1 Zingeving

‘Zingeving’ is een belangrijk begrip binnen het onderzoek. Een aantal definities van zingeving zijn uiteengezet, waarvan één is uitgekozen als basis voor dit onderzoek.

Volgens Puchalski en Ferrell (2010) is zingeving een term die verwijst naar de persoonlijke betekenisgeving aan verschillende aspecten van het menselijk leven. Deze betekenisgeving wordt gevormd door hoe mensen naar zichzelf kijken en de relatie met God of een hogere macht, andere mensen en de natuur. Zingeving wordt daarmee breder gezien dan religie.

‘Zingeving is een kracht/energie in iemands leven die het leven zowel met betrekking tot het heden als de toekomst zin geeft en waardoor iemand zich door tijd en ruimte heen verbonden voelt met de Ultieme Andere, met anderen en met de schepping/natuur. Dit kan worden bereikt door een dynamisch en integrerend groeiproces dat leidt tot een realisatie van de ultieme betekenis en zin van het leven’ (Verberk & Merks, 2013).

‘Zingeving is het levensbeschouwelijk dan wel religieus functioneren van de mens, waartoe ook vragen van zingeving en zinervaring behoren’ (Jochemsen, Cusveller, Scheur, & Bouwer, 2005). ‘Zingeving is een van de functies in iemands leven. Het is een wijze van functioneren die tot uitdrukking kan komen in wat mensen denken, doen en zijn. Daaraan geven zij bijvoorbeeld uitdrukking in godsdienst, religie, levensbeschouwing, enzovoort’ (Leeuwen & Cusveller, 2005).

De definitie van zingeving van Pulchalski & Ferrel (2010), is het uitgangspunt van het onderzoek. In deze definitie wordt gesproken over de verschillende aspecten van het menselijk leven die betekenis kunnen geven bij leefstijlverandering. Daarnaast is deze definitie het meest recent van bovenstaande definities. De definitie maakt duidelijk dat zingeving meer inhoudt dan religie alleen en daarom sluit deze definitie goed aan bij dit onderzoek.

1.2.2 Zingeving als deel van de mens

Verpleegkundigen hebben te maken met mensen ofwel systemen die, volgens het Neuman System Model (NSM), bestaan uit een fysiologische-, psychologische-, sociaal-culturele-, ontwikkelingsbepaalde- en spirituele variabele (Verberk & Merks, 2013). Zingeving wordt een aspect van de mensheid genoemd, het is iets wat bij het leven hoort. Zingeving is de manier van zoeken, en betekenis geven, van de mens naar de betekenis en het doel van het leven (Puchalski et al., 2009). Zingeving is een begrip wat op verschillende manieren vorm gegeven kan worden. Vormen van zingeving, zoals medicatie of het lezen van boeken over persoonlijke groei staan los van de kerk. Zingeving houdt meer in dan het aangaan van een relatie met een transcendentie zoals God (Jager-Meezenbroek et al., 2008). Volgens Puchalski kan zingeving verschillende vormen hebben, zoals de verbondenheid met het moment, zichzelf, anderen, de natuur, een betekenis, het heilige (Puchalski et al., 2009). De secularisatie in Nederland (in 2006 geloofde nog zo’n 24 procent van de Nederlandse bevolking in een God) heeft namelijk geen invloed gehad op de betrokkenheid van de spirituele variabele in het leven (Jager-Meezenbroek et al., 2008).

1.2.3 Zingeving en coping

Rubens & Wesseling (2012) beschrijven dat niets zo moeilijk is als het veranderen van leefstijl om de risicofactoren te beperken. Mensen gebruiken bewust of onbewust allerlei manieren die hen kunnen helpen bij het veranderen van leefstijl. 'Intrinsieke motivatie' is hier een voorbeeld van. Sommige patiënten lukt het, om door intrinsieke motivatie hun leefstijl te veranderen. In zo'n geval kijkt de patiënt naar de positieve zin die de verandering kan op leveren. Een patiënt met hartfalen die zich niet aan zijn vochtbeperking kan houden, kan zich bijvoorbeeld gaan realiseren dat hij dan vocht kan gaan vasthouden, waardoor de pompfunctie van zijn hart nog verder achteruit zal gaan. Hij zal dit merken aan de benauwdheidsklachten en aan het feit dat hij zich sneller vermoeid zal gaan voelen. Een ander voorbeeld is dat iemand gemotiveerd kan zijn om te stoppen met roken door het nadenken over de toekomst en het willen zien opgroeien van kleinkinderen. De intrinsieke motivatie kan voor iedereen anders zijn (Rubens & Wesseling, 2012).

Volgens het NSM (Verberk & Merks, 2013) kan zingeving zowel een negatieve (stressor) als een positieve invloed (coping) hebben op de mens. Pargament en Koenig (2004) zagen een verband tussen het positief omgaan met zingeving (dat wil zeggen: zoeken naar spirituele ondersteuning, het hanteren van een spirituele coping) en het verbeteren van de gezondheid en daar tegenover het negatief omgaan met zingeving (het idee dat God straft, het missen van een spirituele coping) en het verslechteren van de gezondheidstoestand (Pargament & Koenig, 2004). Heck en Uden (2005) benaderen zingeving ook als positieve invloed door te beweren dat er een paar oorzaken zijn waarop zingeving kan helpen de gezondheidstoestand te verbeteren. Zingeving zorgt voor empowerment, het biedt hoop, het zorgt voor energiemobilisatie, het levert interne beheersing op, het biedt mensen rolmodellen, het biedt sociale steun en ten slotte wordt vanuit sommige religieuze groepen gezond leven gepropageerd. Uit een onderzoek waarbij mensen met een hartinfarct vijf jaar gevolgd werden na het infarct, is gebleken dat zingeving mensen kan helpen bij leefstijlverandering. Het vinden van betekenis in ziekte is een stimulans voor patiënten om hun leefstijl aan te passen (Baldacchino, 2011). Het gebruik van zingeving als coping en de aanwezigheid van sociale steun, zorgt ervoor dat mensen met een hartziekte beter met de onzekerheid van het leven met een hart- en vaatziekte kunnen omgaan (Peterson, et al., 2010). Sears & Green (1994) beschrijven in een onderzoek bij cardiologiepatiënten, dat er religieuze coping gebruikt werd bij het omgaan met een nieuwe situatie. Zij ontdekten dat er verschillende coping-stijlen gebruikt worden, zoals de 'self-directing style'. Deze werd omschreven als een actieve oplossingsgerichte stijl, waarbij de problemen zelf worden opgelost. Daarnaast werd de 'collaborative style' als coping-stijl benoemd, waarbij de verantwoordelijkheid bij God en de patiënt zelf ligt. Ten slotte werd de 'deferring style' beschreven, waarbij de verantwoordelijkheid bij God alleen ligt en de patiënt wacht op een oplossing die God geeft (Sears & Rodrigue, 1997). De literatuur geeft verschillende argumenten waaruit blijkt dat zingeving als coping kan worden gebruikt. Volgens onderzoek (Unantenne, 2013) helpt het gebruik van zingeving als coping binnen het zelfmanagement, mensen met een cardiovasculaire ziekte en diabetes mellitus om medische adviezen op te volgen. Uit het zojuist genoemde onderzoek bleek dat het gebruik van zingeving als coping zorgde voor een beter welbevinden en een betere gezondheid. Mensen die deze coping-stijl gebruikten, hadden het gevoel dat ze verantwoordelijk waren voor de eigen gezondheid en het eigen welzijn. Zingeving als coping zorgt ervoor dat mensen het doel en de zin van hun ziekte ontdekken en het bevordert zelfmanagement bij patiënten (Baldacchino & Draper, 2001). Uit een ander onderzoek naar de psychische klachten na een hartoperatie, is gebleken dat

patiënten de zingeving op een positieve manier gebruikten, minder stress ervoeren, dan patiënten die zingeving op een negatieve manier gebruiken (Ai, 2007).

1.2.4 Zelfmanagement en leefstijlverandering

Het hebben van een ziekte heeft effect op de mens: 'Ziekte verstoort verhoudingen binnenin het menselijk organisme, families, werkplekken, copings-patronen en roept vragen op over de relatie met het heilige. Ziekte raakt de hele persoon, ook de spirituele kant van de mens, ongeacht de spirituele geschiedenis van een persoon' (Puchalski et al., 2009, p. 890). Niet alleen het omgaan met de ziekte, maar ook het omgaan met een andere leefstijl, heeft invloed op de mens.

De leefstijl, en de manier van omgaan hiermee, is de verantwoordelijkheid van de individu (Hickox-Vriens et al., 2007). Deze verantwoordelijkheid wordt ook wel aangeduid met het begrip: 'zelfmanagement'. Volgens het Chronic Care Model is zelfmanagement (Speijer, 2012, p. 3): 'het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte'. Zelfmanagement is een belangrijke factor bij het veranderen van de leefstijl bij mensen met een cardiovasculaire ziekte als gevolg van ongezonde leefgewoonten (Jokar et al., 2015). 'Leefstijlverandering is een onderdeel van zelfmanagement en is een dagelijks, dynamisch en interactief proces wat mensen helpt om met hun chronische ziekte om te gaan' (Schulman-Green et al., 2012, p. 136). Optimaal zelfmanagement verbetert de kwaliteit van leven, omdat er cognitieve, gedragsmatige en emotionele strategieën worden ingezet om met de ziekte om te gaan (Schulman-Green et al., 2012). Het overleven na een levensbedreigende gebeurtenis, het besef van een keerpunt en het gevoel van zelfbeschikking, maakt gedragsverandering gemakkelijker bij hartpatiënten (Peterson et al., 2010). Optimaal zelfmanagement gaat stapsgewijs. Eerst leren mensen zich aan te passen aan de ziekte door zich te identificeren met de verandering en het verlies van fysieke lichaamsfuncties, de rol, de identiteit, het lichaam en de controle over het lichaam. Hiernaast leert men met onzekerheid om te gaan. Vervolgens kunnen copings-strategieën helpen bij het omgaan met ontmoedigende tegenslagen, door te focussen op de toekomst (Schulman-Green et al., 2012). Uit onderzoek blijkt dat het aansluiten bij de leefwereld en de motivatie van de patiënt een effectieve manier is om leefstijlverandering succesvol te laten plaatsvinden en dat het dan ook meetbare resultaten geeft in het verminderen van risico's, onder andere op het krijgen van cardiovasculaire ziekten (Rubens & Wesseling, 2012).

1.3 Begeleiding bij leefstijlverandering

Een medisch probleem heeft effect op de persoonlijke, psychologische en contextfactoren van een persoon (Scharwächter, 2007). Bij het veranderen van de leefstijl is daarom een goede begeleiding nodig.

1.3.1 Wat is gezondheid?

Vanaf 1948 was de definitie van gezondheid volgens WHO: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet van louter het ontbreken van ziekte' (Westhoff, 2012). Volgens deze oude definitie zou bijna niemand gezond zijn. Tegenwoordig zou de nadruk meer op veerkracht en de eigen regie moeten liggen om te streven naar gezondheid (Westhoff, 2012). Volgens arts en onderzoeker Huber kan deze 'positieve gezondheid' als volgt worden omschreven: 'Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke,

emotionele en sociale uitdagingen in het leven' (Huber, 2012). Deze nieuwe zienswijze van gezondheid veroorzaakt een ethisch vraagstuk over leefstijldifferentiatie in de samenleving (Have, 2013). Vanuit het College van Zorgverzekeringen is de vraag opgekomen of mensen met een ongezonde leefstijl, die weinig bewegen, roken, ongezond eten, een hogere zorgpremie zouden moeten betalen dan mensen die wel een gezonde leefstijl hebben. Volgens Have (2013) roept dit vraagstuk ethische vragen op over stigmatiseren en privacy en is het onduidelijk of deze maatregel zou ondersteunen bij leefstijlverandering. Een kwart van de Nederlanders vindt dat mensen die weinig bewegen en overgewicht hebben, meer zorgpremie zouden moeten betalen en ruim de helft van de Nederlanders vindt dat mensen die roken meer premie zouden moeten betalen, blijkt uit een onderzoek naar solidariteitsvoorkeuren in de zorg (Kloosterman, 2015).

1.3.2 Leefstijlbegeleiding

Uit een onderzoek van Scharwächter (2007), blijkt dat hart- en vaatpatiënten vaak in combinatie met hun medische probleem, te maken hebben met ingesleten leefstijlproblemen. Een medisch probleem heeft effect op de persoonlijke, psychologische en contextfactoren van de persoon. Uit het onderzoek is gebleken dat de hart- en vaatpatiënten het leefstijladvies als een mededeling ervaren, waardoor het advies niet goed blijft hangen. Hart- en vaatpatiënten zouden meer willen praten over gevolgen van leefstijlveranderingen. Bij gesprekken met de patiënt is het van belang om zicht te krijgen op de onderliggende motieven en de contextuele factoren die bij de patiënt spelen. Een contextuele factor is bijvoorbeeld het gezin, die de persoon steunt bij leefstijlverandering of juist een belemmerende invloed heeft op de leefstijlverandering (Scharwächter, 2007).

In het afstudeeronderzoek zijn de respondenten benaderd uit de maatschappelijke gezondheidszorg. In deze setting heeft de komst van de praktijkverpleegkundige ervoor gezorgd dat de zorg voor chronisch zieken is verbeterd. Een van de taken van de praktijkverpleegkundige is onder andere het geven van leefstijladvies. Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft onderzoek gedaan naar de visie van de patiënten op de praktijkverpleegkundige (Gunst, 2013). Opvallend is dat uit de diverse onderzoeken blijkt dat mensen met een ongezonde leefstijl minder positief zijn over de zorg van de praktijkverpleegkundigen. Rokers voelen zich vaker op de vingers getikt dan niet-rokers. Zij vinden ook dat de praktijkverpleegkundige minder begrip heeft voor hun situatie en dat ze minder goed uitleg geeft (Voogdt-Pruis & Gorgels, 2010). Uit een ander onderzoek van NIVEL blijkt ook dat patiënten relatief weinig belang hechten aan hulp bij leefstijlverandering (Heiligers & Noordman, 2012). Mogelijk kan dit komen, omdat adviezen voor leefstijlverandering als te confronterend ervaren worden.

1.3.3 Mensgerichte zorg

De manier van zorg verlenen verandert (Zitvast, 2015) en wordt meer mensgericht. Dit gebeurt bijvoorbeeld ook binnen de diabeteszorg. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), biedt zorg op maat voor de individuele patiënt: 'Het aantal diabetespatiënten blijft stijgen. Een nieuwe manier van zorg verlenen is noodzakelijk' (Zitvast, 2015, p. 19). Diabetesverpleegkundigen besteden binnen mensgerichte zorg meer aandacht aan de normen, waarden en ervaringen van de patiënt. Op basis van gelijkwaardigheid wordt professioneel advies gegeven, zoals stimuleren om meer te bewegen om het gebruik van Insuline te beperken en de voor- en nadelen van leefstijlinterventies te bespreken met de patiënt. De patiënt maakt zelf de beslissing of deze de leefstijladviezen wil opvolgen, in samenspraak met de verpleegkundige. Dit proces wordt 'shared decision making'

genoemd. De verpleegkundige heeft als taak om aan te sluiten bij wat bij de patiënt past. Daarom houdt de verpleegkundige rekening met de visie van de patiënt op zijn ziekte en kijkt waar de patiënt steun aan heeft, om zo in te kunnen schatten welke zorg er nodig is (Zitvast, 2015). Mensgerichte zorg of 'patiëntgericht werken' is een interactief proces, namelijk een manier van communiceren waarbij wederzijds begrip ontstaat. De zorgverlener stimuleert de zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid van de patiënt zo veel mogelijk. Ook sluit de zorgverlener zoveel mogelijk bij de patiënt aan, met als doel patiënt-verantwoorde, liefst wetenschappelijk bewezen en haalbare zorg te bieden (Staveren, 2014). Volgens Staveren (2014) zorgt het patiëntgericht werken voor participatie van de patiënt.

Dit afstudeeronderzoek is deels gebaseerd op het patiëntgericht werken. Binnen dit afstudeeronderzoek zijn de respondenten bevraagd op wat de visie is van patiënten op leefstijlverandering en wat patiënten persoonlijk helpt bij leefstijlverandering. Deze resultaten hebben geleid tot aanbevelingen voor verpleegkundigen om de individuele patiënt te ondersteunen bij leefstijlverandering. In hoofdstuk 6 zijn de aanbevelingen beschreven, die uit dit onderzoek zijn voortgekomen.

1.4 Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen

De focus wordt steeds meer verlegd van 'ziekte' naar 'gezondheid'. Er worden steeds vaker preventieve activiteiten uitgevoerd om de gezondheid te bevorderen. Het aangrijpingspunt zijn leefstijlfactoren van (ongezond) gedrag zoals bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding, veiligheid en ontspanning. Een integrale aanpak van 'gezond leven' blijkt meer kans op succes te hebben dan een aanpak die zich beperkt tot een van de gezondheidsgedragingen (Burgt & Mechelen-Gevers, 2008). Mensen willen liever gezond blijven dan behandeld worden voor een al bestaande ziekte. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt geen passieve consument van zorg meer is maar een actieve burger op zoek naar gezondheid (RVZ, 2010). Deze veranderde zorgvraag moet beantwoord worden met een ander zorgaanbod. Daarom wordt er sinds 2010 niet meer zoals eerder gekozen voor 'zorg en ziekte' maar steeds meer voor 'gezondheid en gedrag'. Dit houdt in dat de burger zelf meer moet gaan betalen voor zijn zorg maar ook dat hij meer beloond wordt voor gezond gedrag. Voor de zorgverlener betekent dit een volkomen andere manier van werken: sneller en actiever ingrijpen, meer aandacht voor preventie, vooruitdenken, gericht op de samenleving en vooral de patiënt coachen bij het zelfmanagement (RVZ, 2010). Uit deze verandering naar 'gezondheid en gedrag' komt ook het project voort van Vilans en BigMove (Koning, 2015). Beide organisaties willen mensen de kans geven om regie over hun eigen leven en gezondheid te nemen. Ze stellen dat de chronische zorg tegenwoordig gebaseerd lijkt te zijn op protocollen en richtlijnen en dat er vooral ziektegericht gewerkt wordt. Ze vinden dat de zorg meer 'persoonsgericht' moet worden. Dit houdt in dat er naast de behandeling van de ziekte ook aandacht voor het functioneren en participeren van de patiënt moet zijn. Het voordeel van persoonsgericht werken is dat de patiënt actief wordt. 'Gezondheid en gedrag' (GG) verplaatst zich meer naar het maatschappelijke domein. Deze nieuwe aanpak vereist wel een omslag in de praktijk (Koning, 2015). In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 2014) is beschreven dat mensen met een chronische ziekte het liefst eigen regie houden. Er wordt echter gesteld dat een deel van de chronisch zieken niet in staat is om zonder hulp eigen regie te kunnen houden. Deze patiëntencategorie heeft ondersteuning nodig die aansluit bij hun capaciteiten en wensen.

1.5 Literatuuronderzoek en praktijkonderzoek

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat zingeving een positieve rol kan spelen bij leefstijlverandering. Deze literatuurstudie is gebruikt voor de beantwoording van de 'theoretische deelvragen' in de conclusie, in hoofdstuk 4 van dit verslag. Vervolgens is praktijkonderzoek gedaan naar de betekenis van leefstijlverandering voor de respondenten. Tevens is onderzocht welke rol zingeving bij de leefstijlverandering heeft gehad. In het volgend hoofdstuk is de methodologie van het onderzoek uiteengezet en in het daaropvolgend hoofdstuk zijn de resultaten uit het praktijkonderzoek beschreven. Ten slotte is de conclusie op de resultaten beschreven in hoofdstuk vier.

Hoofdstuk 2: Methodologie

In dit hoofdstuk is stapsgewijs de opzet en de uitvoering van het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk omvat een omschrijving van de in- en exclusiecriteria, het type onderzoek, de steekproef, dataverzamelmethode, het meetinstrument, de betrouwbaarheid en validiteit en een ethische verantwoording.

2.1 In/exclusiecriteria

In het onderzoek zijn mensen onderzocht met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma, die te maken hebben met leefstijlverandering. De respondenten zijn afkomstig uit verschillende leeftijdscategorieën. Er zijn zowel mannen als vrouwen geïnterviewd. Aangezien mensen die te maken hebben met leefstijlverandering veelal thuis wonen, is ervoor gekozen om respondenten uit de community care te interviewen. De respondenten krijgen ondersteuning bij de leefstijlverandering door een verpleegkundige binnen een huisartsenpraktijk (POH) of zijn in het verleden begeleid door een praktijkverpleegkundige.

2.2 Type onderzoek

Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van ervaringen van de respondenten over de leefstijlverandering als gevolg van hun cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma. Daarnaast is onderzocht welke rol zingeving bij leefstijlverandering heeft. Voor het onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie, omdat het onderzoek niet gericht op het verzamelen van cijfers, maar op de betekenis die mensen geven aan leefstijlverandering (Verhoeven, 2012). Daarom is voor dit onderzoek een open onderzoeksvraag opgesteld. Deze hoofdvraag is gehanteerd als een kompas en heeft niet op voorhand alle ontdekkingen en zijwegen uitgesloten (Mortelmans, 2007). Tijdens de interviews werden om die reden ook open vragen gesteld, zodat de respondenten hun eigen ervaring konden delen, en er nieuwe inzichten verkregen konden worden (Baarda, 2013). Er is gekozen om het onderzoek te benaderen aan de hand van de 'fenomenologische onderzoeksstrategie'. De fenomenologische benadering is gebaseerd op het filosofisch werk van Edmund Husserl (Mortelmans, 2007) en heeft als kernidee om te kijken naar de realiteit zoals die zich werkelijk aandient en niet zoals deze bekeken wordt door de onderzoeker. Bij de 'etic-benadering' worden vooraf bepaalde gesloten vragen gesteld aan respondenten, op basis van literatuuronderzoek. Bij de 'emic-benadering', gehanteerd in dit onderzoek, wordt de informatie gezocht bij de respondenten zelf, vanuit een open vertrekhouding (Mortelmans, 2007). Bij dit fenomenologisch onderzoek is de persoonlijke beleving van de respondenten onderzocht (Nieswiadomy et al., 2009). Een proces van bewustwording en opzijzetten wordt 'bracketing' genoemd (Nieswiadomy et al., 2009). In dit onderzoek is de interviewer, vooraf aan de interviews, nagegaan in hoeverre zij bewust is van haar gevoelens. De verwachtingen van de onderzoekers over de resultaten van het praktijkonderzoek zijn gevormd op basis van de uitkomsten van de literatuurstudie.

2.3 Steekproef

2.3.1 Populatie

Voor dit onderzoek is de volgende doelgroep als populatie gekozen:

‘Mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma die te maken hebben (gehad) met leefstijlverandering en begeleiding hebben (gehad) van een praktijkverpleegkundige.’

2.3.2 Steekproef

Binnen het onderzoek werd een doelgerichte steekproef getrokken, omdat de ervaringen van mensen met specifieke kenmerken in kaart werden gebracht (Nieswiadomy et al., 2009). De respondenten vielen namelijk binnen de steekproef wanneer zij een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma hebben, de leeftijd hadden van 18 tot 80 jaar en als gevolg van leefstijlverandering begeleiding krijgen (of kregen) van een praktijkverpleegkundige. Het onderzoek is gericht op het verkrijgen van de ervaringen van de respondenten ten aanzien van leefstijlverandering, daarom zijn diepte-interviews gehouden om goed aan te sluiten bij de fenomenologische benadering. Bij deze methode kunnen veel gegevens verzameld worden en daarom werd de steekproef beperkt tot maximaal twaalf respondenten (Verhoeven, 2012). Uiteindelijk heeft de interviewer acht diepte-interviews gehouden. De resultaten van het onderzoek komen voort uit de ervaringen van respondenten. Deze ervaringen kunnen niet gegeneraliseerd worden en zijn daardoor niet representatief voor andere patiënten die te maken hebben met leefstijlverandering. Bovendien is het doel van kwalitatief onderzoek niet om representatief te zijn voor een grote populatie, maar ‘proberen te begrijpen’ en ‘diep door te dringen in de leefwereld van mensen’ (Mortelmans, 2007).

2.3.3 Verantwoording selectie

In dit onderzoek is gekozen om respondenten te onderzoeken die begeleiding hebben (gehad) van een praktijkverpleegkundige, om in kaart te kunnen brengen hoe zingeving de leefstijlverandering beïnvloedt. Er zijn zowel mannen als vrouwen onderzocht omdat bij beide geslachten cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus en/of COPD voor kunnen komen. Uit een onderzoek van NIVEL naar de prevalentie van cardiovasculaire ziekten in 2012, is gebleken dat van deze gevallen 56,6 procent man was en 43,5 procent vrouw (Ursum et al., 2013). Er is gekozen voor de respondentengroep, omdat de zij te maken hebben met leefstijlverandering. Er zijn typerende gevallen gekozen om een goede afspiegeling te krijgen van de te onderzoeken doelgroep. Door te kiezen voor typerende gevallen wordt voorkomen dat tijd en aandacht besteed wordt aan een geval dat weinig voorkomt (Baarda et al., 2013). Door aandacht te besteden aan een geval dat weinig voorkomt zou de respondent niet representatief kunnen zijn voor de populatie en daarmee zou geen passend antwoord worden verkregen op de vraagstelling van het onderzoek. Binnen dit onderzoek zijn mensen typerend genoemd, als ze te maken hebben met leefstijlverandering. Vooraf is er, uitgaande van de fenomenologische benadering, bewust geen indeling gemaakt van de steekproefgroep op basis van leeftijd, cultuur en andere factoren. Een indeling op kenmerken zoals leeftijd zou namelijk niet gebaseerd zijn op een open vertrekhouding, maar vanuit een veronderstelling van de onderzoeker zelf. Bij deze benadering zou gesuggereerd worden dat de respons verband heeft met vooraf bepaalde kenmerken (Mortelmans, 2007). Pas bij het trekken van conclusies hebben de onderzoekers verbanden gelegd.

2.4 Dataverzamelmethode

Vanuit de fenomenologische benadering zijn de data verzameld door het afnemen van individuele, niet-gestructureerde interviews (Nieswiadomy et al., 2009). Niet-gestructureerde interviews worden ook wel open en face-to-face interviews genoemd (Baarda, 2013). Een individueel interview lag voor de hand omdat daarin gevraagd kon worden naar persoonlijke aspecten. Een respondent zal in een individueel interview waarschijnlijk eerder dingen toegeven dan in een groep (Baarda et al., 2013). Bijna alle typen interviews hebben een algemeen kader dat richtinggevend is, een niet-gestructureerd interview lijkt echter het meest op een gewoon gesprek met iemand (Baarda et al., 2013). Voor dit onderzoek was het niet-gestructureerde interview een passende methode omdat de respondent open vragen gesteld zijn en de respondent zo zijn eigen ervaring kon vertellen. De interviewer is telkens explorerend het interview begonnen door middel van een open vraagstelling (Baarda et al., 2013). Na het stellen van de open startvraag zijn er afhankelijk van het antwoord verdere vragen gesteld. Ook is er verder doorgevraagd om de respondent te stimuleren tot verdere uitweiding over het onderwerp. Niet-gestructureerde interviews leveren meer diepgaande data op over de overtuigingen en de houding van de respondenten dan andere dataverzamelmethodes (Nieswiadomy et al., 2009). De interviews zijn door de opdrachtgever Leida Janssen-Niemeijer in het kader van haar promotieonderzoek uitgevoerd. Er is nagedacht over de rol van de onderzoekers bij het afnemen van de interviews, bijvoorbeeld over de rol van observant, omdat dit extra inzicht zou kunnen geven in de houding van de respondent. Het gaat namelijk niet alleen om wat er gezegd wordt in een interview, maar ook om de manier waarop dingen gezegd worden. Hierbij kan gedacht worden aan non-verbale aspecten als emotie, betrokkenheid, afkeer of boosheid (Male, 2011). Uiteindelijk is gekozen om de drie onderzoekers niet aanwezig te laten zijn bij de interviews. In de literatuur wordt namelijk geadviseerd om ervoor te zorgen dat de omgeving tijdens het interview rustig is met weinig storingen en zonder anderen die meeluisteren (Boeije, 2005). Wanneer de interviewer alleen is met de geïnterviewde kan er verwacht worden dat de geïnterviewde weinig belemmeringen voelt om open te zijn. Daarnaast kan door de afwezigheid van derden een remmende of manipulerende invloed voorkomen worden. Iemand kan zich niet vrij genoeg voelen voor een persoonlijk gesprek wanneer hij of zij weet dat anderen meeluisteren (Adriaansen & Caris, 2011).

2.5 Meetinstrument

Voor de uitvoering van het onderzoek is een meetinstrument ontwikkeld door het operationaliseren van begrippen uit het theoretisch kader (Verhoeven, 2012), zie bijlage II. Tijdens het interview zijn geen vaste, gesloten interviewvragen gesteld, maar open vragen (Mortelmans, 2007). Elk niet-gestructureerde interview is begonnen met een open startvraag (Baarda, 2013) zodat de respondent zelf vanuit zijn ervaring zou gaan vertellen. Er werd daarna ook een open vervolgvraag gesteld om de open startvraag meer te verdiepen, omdat dit ook aansluit bij de hoofdvraag van dit onderzoek. Vóór het interview werd een lijst opgesteld met topics die tijdens het interview aan bod kunnen komen, namelijk: de relatie tot zichzelf, de relatie tot God/hogere macht, de relatie tot andere mensen en de relatie tot de natuur. Hierbij was de definitie van zingeving van Pulchalski & Ferrel (2010) het uitgangspunt. In de topiclijst werden een aantal voorbeeldvragen opgenomen. De interviewer kon echter de vraagstelling zelf kiezen en heeft met name de doelstelling van de onderzoekers gevolgd.

De antwoorden van de respondent werden als basis gebruikt bij het stellen van vervolgvragen (Mortelmans, 2007) na de eerste twee open vragen. De volgende vragen werden als open startvraag en vervolgvraag opgesteld:

1. “Wat betekent/betekende de leefstijlverandering voor u?”
2. “Wat gaf u kracht tijdens het veranderen van uw leefstijl?”

Tabel 1: Meetinstrument

Topic	Voorbeeldvragen
Relatie tot zichzelf (zelfbeeld/ zelfmanagement)	❖ Haalde u tijdens de leefstijlverandering kracht uit uzelf? Zo ja, hoe?
Relatie tot God/hogere macht (levensovertuiging)	❖ Wat is uw levensovertuiging? Welke rol heeft het gespeeld bij de leefstijlverandering?
Relatie tot andere mensen	❖ Welke personen speelden een rol bij de leefstijlverandering in uw leven? Hoe speelden zij een rol?
Relatie tot natuur	❖ Haalde u tijdens de leefstijlverandering kracht uit de natuur? Zo ja, hoe?

De interviews werden opgenomen met opnameapparatuur zodat achteraf de data beluisterd kon worden. Aan de respondenten werd de keuze voorgelegd om de interviews op de huisartsenpraktijk of bij de respondenten thuis plaats te laten vinden. Alle interviews hebben plaatsgevonden bij de respondenten thuis. Vooraf aan het interview heeft de interviewer de respondent gevraagd persoonsgegevens in te vullen zoals geslacht, leeftijd en ziektebeeld(en).

2.6 Data-analyse

De interviews werden door de onderzoekers door middel van een geluidsfragment, opgenomen met opnameapparatuur en volledig uitgeschreven volgens het Verbatim-principe (Mortelmans, 2007). Dit wil zeggen dat het gesprek volledig is uitgeschreven zoals het op de geluidsband staat en er tijdens het uittypen niets aan het origineel is veranderd. Deze transcripten kunnen daarom grammaticale fouten, verkeerde zinsconstructies, tussenwoorden (zoals ‘euh’) of paralinguïstisch gedrag (lachen, kuchen) bevatten (Mortelmans, 2007). De data zijn geanalyseerd om zo de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. In dit afstudeeronderzoek zijn de data geanalyseerd volgens de stappen van de gefundeerde theoriebenadering, die door Glauser en Strauss (1967) ontwikkeld en beschreven is (Baarda et al., 2013). Een kenmerkend aspect van de gefundeerde theoriebenadering is dat je als onderzoeker zo open mogelijk het onderzoeksmateriaal moet benaderen (Baarda, 2013). De onderzoekers zijn echter niet blanco het onderzoek ingegaan. Door de verkenning van literatuur in het theoretisch kader is er al sprake van ‘voorkennis’. De topiclijst is bijvoorbeeld ook gebaseerd op deze voorkennis (Baarda et al., 2013). Voorkennis heeft daarom in zowel het interview als de data-analyse een rol gespeeld. Om de analyse gericht te houden hebben de onderzoekers de onderzoeksvraag steeds voor ogen gehouden zodat de data konden bijdragen aan de beantwoording van de deelvragen en daarmee de hoofdvraag (Baarda et al., 2013).

De gegevens werden, volgens de gefundeerde theoriebenadering, in verschillende stappen samengevat, gecodeerd en gestructureerd (Verhoeven, 2012). Bij de eerste stap zijn de data geordend door de verschillende interviews op te delen in fragmenten. Hierbij is gekeken welke

fragmenten bij elkaar horen en zijn de fragmenten genummerd (Baarda, 2013). Bij de volgende stap zijn alle fragmenten geselecteerd op hun relevantie voor het onderzoek door te kijken of de data aansluiten bij de onderzoeksvraag. In deze stap is er bewust voor gekozen om de niet-relevante fragmenten te bewaren in het document en de tekst door te halen. Op deze manier was het selecteren van fragmenten later nog controleerbaar. Vervolgens hebben de onderzoekers de data gereduceerd om beter overzicht te krijgen over de enorme hoeveelheid informatie. De data zijn gereduceerd door een of meer labels toe te kennen aan ieder fragment. Dit labelingsproces is volgens de gefundeerde theoriebenadering achtereenvolgens verlopen door open codering, axiale codering en selectieve codering (Baarda, 2013). Bij het open coderen is aan een fragment een label gekoppeld dicht bij de oorspronkelijk gesproken tekst lag. Het resultaat van het open coderingsproces was een verzameling van labels in een tabel. Daarna zijn de synoniemen in deze verzameling samengevoegd, daarbij is wel aangegeven hoe vaak een label is voorgekomen in een interview. In een kwalitatieve analyse gaat namelijk het niet alleen om getallen, maar toch is het van belang om te weten hoe prominent een label is. De prominentie van een label kan ook gelegen zijn in relevantie en originaliteit. Na het open coderen, heeft het axiaal coderingsproces plaatsgevonden. Bij deze stap zijn de labels uit de vorige fase in categorieën gelegd en heeft elke categorie weer een eigen label gekregen. Ten slotte zijn deze labels bij de selectieve coderingsfase verdeeld in centrale begrippen. In deze fase is opnieuw teruggekeken naar de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel om de centrale begrippen hierop te kunnen laten aansluiten. Deze stappen hebben de onderzoekers afzonderlijk van elkaar doorlopen en hebben de uitkomsten met elkaar vergeleken, om zo tot een betrouwbare data-analyse te komen. Na deze stap zijn de resultaten geformuleerd, waarin alle aspecten en hulpbronnen die de respondenten benoemden als relevant werden beschouwd voor het onderzoek. Vervolgens hebben de drie onderzoekers gezamenlijk een conclusie geschreven op basis van de onderzoeksresultaten (Baarda et al., 2013).

2.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij het onderzoek is ook gelet op de kwaliteit van de waarnemingen en de analyses. Om deze kwaliteit te verhogen zijn vooraf aan het onderzoek keuzes gemaakt ten behoeve van de validiteit van het onderzoek. Deze kwaliteit wordt zichtbaar door de transparante beschrijving van het onderzoeksproces (Baarda et al., 2013) met onderbouwing van diverse literatuur. De interne betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door systematisch en controleerbaar te werken (Baarda et al., 2013). Bij het eerste interview hebben de drie onderzoekers afzonderlijk van elkaar geanalyseerd om te komen tot eenduidige aanpak voor de analyse. Daarna is besloten dat per interview één onderzoeker begint met de eerste drie stappen van analyseren en dat een andere onderzoeker het interview afzonderlijk doorneemt en de labels bij de gekozen fragmenten controleert. Pas na deze controle en feedbackfase ging de onderzoeker afzonderlijk verder met analyseren. Het eindresultaat van de analyse van het interview werd opnieuw gecontroleerd door de twee andere onderzoekers. Hiervoor is gekozen om ervoor te zorgen dat het analyseren minder tijdrovend is, maar dat er toch kritisch controle op elkaar is gebleven en om resultaten te verkrijgen die overeenkomen (Mortelmans, 2007). De externe betrouwbaarheid (Evers, 2015) is vergroot door de transparante beschrijving van het onderzoeksproces (Baarda et al., 2013) met onderbouwing van de literatuur. Het onderzoek zou in principe namelijk kunnen worden herhaald.

De interne validiteit (Evers, 2015) van het onderzoek is vergroot, doordat de onderzoekers zich bewust waren van de eigen verwachtingen op basis van het theoretisch kader. De interviewer heeft vooraf en tijdens het interviewproces zelfreflectie toegepast, waardoor de interne validiteit is vergroot (Evers, 2015). In dit kwalitatieve onderzoek hebben de onderzoekers labels opgesteld die zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst liggen om zo manipulatie van tekst te voorkomen (Lub, 2011). Voor de externe validiteit zijn de resultaten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd naar andere dan de onderzochte respondenten (Evers, 2015).

2.8 Ethische verantwoording

Voor de ethische verantwoording van dit onderzoek zijn een aantal maatregelen genomen. De respondenten zijn uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek door middel van een introductiebrief die klaarlag in de huisartsenpraktijk, zodat de respondenten vooraf al wisten wie de onderzoeker is, waar het onderzoek over gaat en wat er met de gegevens wordt gedaan. De interviewer heeft vooraf aan het interview nogmaals het doel van het interview uitgelegd en toestemming gevraagd aan de respondenten om het gesprek op te nemen. Er werd aangegeven, dat het voor de respondent op elk moment mogelijk was om de deelname aan het onderzoek zonder consequenties te beëindigen. Er is door middel van een informed consent formulier schriftelijke toestemming van de respondenten verkregen. Een voorbeeld van dit formulier is opgenomen in bijlage III. In het onderzoek is rekening gehouden met de normen en waarden binnen het verpleegkundig vakgebied. Allereerst heeft de interviewer aangegeven dat de interviewgegevens anoniem en vertrouwelijk verwerkt zouden worden (Baarda et al., 2013). Om de privacy te waarborgen van de respondenten, is het onderzoeksmateriaal in de vorm van geluidsopnamen, verwijderd nadat de gegevens verzameld zijn voor analyse. Daarnaast zijn de namen van de personen en de namen van andere personen genoemd zijn in het interview, weggelaten bij de transcriptie om anonimiteit te waarborgen. De onderzoekers hebben de gegevens niet vervalst of interviewgedeelten weggelaten om het onderzoek een bepaalde richting op te sturen (Grit & Julsing, 2012).

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Kenmerken respondentengroep

De kenmerken van de respondentengroep die is geïnterviewd ten behoeve van het onderzoek zijn in dit hoofdstuk beschreven. De kenmerken van de respondentengroep die relevant zijn voor het onderzoek zijn de ziektebeelden, leeftijd, geslacht en overtuiging.

Ziektebeelden of risicofactoren

Bij respondenten in het onderzoek was sprake van een aantal ziektebeelden of risicofactoren:

- Cardiovasculaire ziekten: hartfalen met een verdikte hartspier bij de aorta, risicofactoren hypertensie en hypercholesterolemie;
- Diabetes type 2, naast de leefstijl-gebonden risicofactoren vormde zwangerschapsdiabetes bij een respondent in het verleden een extra risico voor diabetes type 2;
- COPD en astma.

Overige ziektebeelden

Veel respondenten hadden meerdere ziektebeelden naast cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, COPD en astma. Een voorbeeld hiervan is dat een respondent ook te maken had met een maag-darmziekte, nierkanker en oorproblemen. Ook vertelde een respondent dat deze in het verleden psychiatrische problematiek had. Een andere respondent is manisch-depressief. Verder had een respondent een huidaandoening (psoriasis/eczeem) en reuma. Ten slotte had een respondent ook te maken met een pijnlijke slijmbeursontsteking.

Leeftijd

De respondenten vielen in de leeftijdscategorie van 46 tot 66 jaar:

Interview 1: 61 jaar
Interview 2: 66 jaar
Interview 3: 61 jaar
Interview 4: 46 jaar
Interview 5: 54 jaar
Interview 6: 66 jaar
Interview 7: 65 jaar
Interview 8: 56 jaar

Geslacht

De respondentengroep bestond uit zes vrouwen en twee mannen.

Overtuiging

Van de acht respondenten gaven zes respondenten aan dat ze een christelijke levensovertuiging hebben. De andere twee respondenten hebben geen christelijke levensovertuiging.

3.2 Resultaten deelvraag 1: Aspecten leefstijlverandering

Vanuit de interviews werden een aantal aspecten benoemd die te maken hebben met de leefstijlverandering van de respondenten. De respondenten beschreven wat de leefstijlverandering voor hen betekent en wat hieraan moeilijk of juist niet moeilijk is. De onderwerpen die de respondenten vanuit hun persoonlijke beleving noemden, met betrekking tot hun leefstijlverandering, hebben tot de onderstaande indeling in kopjes geleid.

Voedingsinterventie leefstijl

In het kader van leefstijlverandering, is het aspect voedingsinterventies bij diabetes en andere ziektebeelden vaak naar voren gekomen, zoals het nemen van minder tussendoortjes en mager voedsel. Ook het maken van keuzes rondom gezonde voeding werd in meerdere interviews genoemd. Enkele respondenten gebruiken bijvoorbeeld een koolhydraatarm dieet om een gezond gewicht te bereiken. Bij een respondent ondersteunde een diëtiste bij het koolhydraatarm dieet. Een andere respondent probeerde gezonder te eten om af te vallen wat ook gelukt was, al mocht dit nog wel meer. Vaak werd benoemd door respondenten geen of weinig moeite heeft met voedingsregels. Zo zei een respondent: *'Ja, het is erbij gaan horen. Ik heb er niet zo heel veel moeite mee'* (4.8). Een andere respondent zei ook dat zij het helemaal niet lastig vond en er geen moeite mee heeft. In ieder interview werd de vraag gesteld: *'Hoe houdt u dat vol als u bijvoorbeeld op een verjaardag bent en allemaal lekkere taartjes ziet?'* (1.29). Hierop reageerde een respondent: *'Nee, daar heb ik al geen moeite mee'* (1.29). Een andere respondent gaf aan dat 'anders' eten 'normaal' is geworden en niet meer bijzonder. Een aantal respondenten gaven van zichzelf aan dat ze soms best iets ongezoonds mogen nemen. Een respondent zei: *'Nou, ik ben wel van mening dat eh eh dat als ik op een feestje ben of eh dan drink ik wel een biertje. Ik neem wel een stukje taart'* (4.13). Een andere respondent gaf aan dat ze zelf voedingsregels stelt, maar dat het ondanks de voedingsregels ook wel eens misgaat.

Medicatie-inname

Een aspect, dat in veel interviews naar voren komt, is het gebruik van medicatie. Een aantal respondenten benoemden het gebruik van medicatie voor de hoge bloeddruk. Een respondent zei over het medicatiegebruik: *'En sinds ik de medicatie heb, nou ben ik een stuk opgeknapt'* (5.9). Voor de diabetes gebruiken de respondenten orale medicatie en/of insuline. Het spuiten van insuline naast orale medicatie werd, noemde een respondent als haar redding in de leefstijlverandering. Een andere respondent vertelde dat deze tegen het spuiten aan zit te hangen. Toch mag er niet gespoten worden van de praktijkverpleegkundige, ondanks de moeheid die de respondent ervaart. Uiteindelijk concludeerde de respondent dat zij het spuiten zolang het kan, wil uitstellen en dat tabletten nemen makkelijker is. Daarnaast gebruikt deze respondent uit voorzorg vocht afdrijvende medicatie. Een andere respondent gebruikt cholesterolverlagende medicatie. Verder gebruiken twee respondenten pufjes: de ene voor astma en de ander bij benauwdheidsklachten door COPD. Therapietrouw zijn in het innemen van medicatie werd in verschillende interviews specifiek benoemd. Een respondent zei: *'Ik neem vooral mijn pilletjes'* (4.21). De respondent gaf aan medicatie voor de hoge bloeddruk te gebruiken, omdat hij een hartaanval wil voorkomen. Een andere respondent: *'Ik zal mijn medicijnen ook nooit vergeten. Ik heb een heel strak stramien'* (7.43). Een andere respondent vergat haar medicatie vroeger wel eens doordat ze drukker was met haar man (die een herseninfarct kreeg) dan met haarzelf. Nu is ze wel bewust met haar medicatie bezig. Een andere respondent gaf aan juist af

te willen komen van medicatie. Ook gaven twee respondenten aan wel last te hebben van bijwerkingen bij bepaalde medicatie. Beide respondenten zeiden dat ze onderhandelen met de apotheek en dat ze vragen of er een ander medicijn is.

Stoppen met roken

Een respondent benoemde niet bezig te zijn met het stoppen met roken, alhoewel deze hier wel op is gewezen door de praktijkverpleegkundige.

Bewegen

In meerdere interviews kwam 'beweging' ter sprake. Een respondent sport niet, maar vindt dat hij genoeg beweegt. Een andere respondent heeft het advies van de huisarts gekregen om elke dag te wandelen. De respondent geeft aan dat zij wandelen niet zo leuk vindt, maar dat zij wel voldoende beweging krijgt door te fietsen. Een respondent zei: *'Dus, ik ben en blijf in beweging'* (6.24). Een respondent beweegt om de bloedsuikerspiegel te verlagen. Een andere respondent zwemt en wandelt regelmatig. Een aantal respondenten sporten twee keer in de week.

Stressverlaging

Een aantal respondenten heeft als leefregel meegekregen om rustiger aan te doen en ontspanning te zoeken. Structuur werd ook benoemd als leefregel. Een respondent zei dat ze zich af en toe wel weer gejaagd voelt. Ze zei: *'En dan moet ik m'n inderdaad mijn leefstijl aanpassen'* (5.10). Ten gevolge van astma heeft een respondent benauwdheidsklachten en is veel moe. Deze respondent vindt het soms lastig om balans te vinden. Ze wil graag alle problemen wegstoppen, maar dat lukt niet. De respondent zei ook: *'Ik weet ook best wel dat heel veel zeggen, doe eens rustig! Ik pas er echt heel veel op maar ja, soms, ja dan lukt het echt niet'* (6.30). De respondent probeert rust te nemen, maar bijvoorbeeld breien en haken zijn voor de respondent niet rustgevend. Een andere respondent vertelde wat de ziekte voor haar betekent: *'Uhm ik ga er gewoon heel gewoon mee om. Ik denk, er zijn gewoon ergere dingen. Alleen de moeheid spelen mij gewoon veel parten'* (7.17). De respondent is daarom ook gestopt met werken, maar de grens aangeven bij het oppassen op de kleinkinderen lukt niet goed. De respondent doet zich soms ook mooier voor, zodat anderen niet doorhebben dat ze moe is. Vanwege de conditie moet een andere respondent dingen opgeven en 'nee zeggen' om zelf genoeg rust te hebben. Een respondent gaf aan prikkels (voor de psyche) te moeten beperken, om voldoende rust te krijgen. De respondent gaf aan hoe ze een goede balans probeert te krijgen: *'Nou, niet zoveel dingen op een dag. (...) Eeh, soms dingen afzeggen. (...) En eeh... alles doseren'* (8.24).

Controle

Een respondent benoemde het in de gaten houden van de eigen gezondheid ook als leefstijlverandering. De respondent zei: *'Ik weet dat ik het heb, ik weet dat ik het in de gaten houden moet. (...) maar eh het is niet zo dat ik een hartaanval heb gehad en dat ik daardoor mijn hele levensstijl moet aanpassen. (...) Het is juist ter voorkoming daarvan denk ik'* (4.21). De respondent vindt het daarbij prettig dat de bloeddruk regelmatig gemeten wordt.

Planning

Een respondent gaf aan moeite te hebben met de planning van activiteiten rondom de diverse ziektebeelden, zoals onderzoeken en controleafspraken in het ziekenhuis.

Handelen professionals

Een respondent benoemde dat het medisch circuit een nieuwe wereld is. Een respondent ervaart dat er niet met hem wordt meegedacht in de begeleiding bij leefstijlverandering en benoemde: *'Dat een ander voor jou bepaalt wat goed is en ik ben meer van (...) dat iemand jou adviseert en, en eh beslissing ook een beetje bij jou ligt. Voor je het weet worden beslissingen al genomen voor jou'* (3.13). Ook vindt de respondent dat men in deze tijd anders met de patiënt om moet gaan. De respondent zou willen dat de hulpverlener en de patiënt meer met elkaar in gesprek zouden gaan en dat de hulpverlener de patiënt probeert te overtuigen zodat er acceptatie is bij de patiënt. De respondent gaf ook aan dat het niet alleen 'doemdenken' is over de hulpverlening en dat de respondent zich er ook best goed bij voelt. Ook vindt de respondent het belangrijk dat het accent op de positieve ontwikkelingen van de patiënt ligt. Een andere respondent is niet tevreden over de praktijkverpleegkundige. Ze zei: *'Ik heb geen vertrouwen meer in haar'* (7.40). Volgens de respondent geeft de praktijkverpleegkundige geen goed advies, terwijl de respondent dit wel graag wil.

Belemmering leefstijlverandering voor zingevingbron

Bij een aantal respondenten belemmert de leefstijlverandering hen in het bezig willen zijn. Een respondent omschrijft dat het ergste is: (...) *het loslaten, het aanvaarden dat het gewoon niet kan, omdat je altijd een bezige, bezig iemand'* (1.28). Een andere respondent zei ook: *'Ik ben van mezelf nogal energiek en ik, ik vind alles leuk om te doen en ik geniet heel erg van dingen. Ik ben echt een bezige bij, zo gezegd'* (5.11). Meerdere respondenten moeten dingen inleveren die zij voorheen wel konden doen. Een respondent zei: (...) *echt een doe-mens ben ik en, maar dat begin je nu echt in te leveren'* (6.22). Zo neemt deze respondent ook veel zorg van de familie op zich door familie te bezoeken en een 'moederfiguur' te zijn. De respondent doet nu bewust veel minder en probeert rust te pakken. De respondent is ook wel eens boos, wanneer zij merkt dat zij dingen niet altijd meer kan doen. Een andere respondent kan door haar ziekte minder goed anderen helpen en dat voelt als een hele achteruitgang. Door bloedsuikercontroles moet de respondent veel meer aan zichzelf denken. Hierover zei de respondent: *'Ja, dat is zo raar, dat is me van mijn jeugd, ja ik ben christelijk opgevoed. Enne, en dan is toch het motto: eerst een ander en dan jezelf. Maarja, als je op een gegeven moment zelf ziek wordt, psychische ziek, toen zeiden ze tegen mij, je hebt zo vaak een ander geholpen en nu moet je aan jezelf denken (...). Maarja, dat is zo moeilijk. Daar heb ik nog moeite mee'* (1.21). Een andere respondent is ook veel bezig voor anderen. Hierdoor kan de respondent veel drukte en stress ervaren, terwijl zij vanwege de hoge bloeddruk stress moet verminderen. De respondent noemt daarom een aantal keer het moeten nemen van rust. De respondent gaf aan dat ze het vooral lastig vindt om haar leven rustiger in te bouwen omdat ze een energiek persoon is. Een andere respondent met hoge bloeddruk kan zijn baan met wel druk wel blijven volhouden. Een aantal respondenten benoemden dat ze moesten stoppen met werken. Een respondent gaf aan het werk wel te missen.

Combinatie met andere ziektebeelden

Een respondent gaf aan dat zij in depressieperioden de leefstijlaanpassingen niet kan volhouden. Een andere respondent had last van griep en een pijnlijke knie, wat ervoor zorgde dat deze klachten de respondent beperkten, bijvoorbeeld bij het bewegen, wat juist goed is voor de bloedsuiker.

Begrip

Een respondent merkte op dat anderen soms geen rekening houden met de leefstijlaanpassing en dat zij geen begrip krijgt van een familielid.

3.3 Resultaten deelvraag 2: Hulpbronnen van zingeving

Naar aanleiding van de tweede deelvraag, gaven de respondenten vanuit hun beleving aan wat hen helpt bij het veranderen van leefstijl. Hieruit kwamen vormen van zingeving (zichzelf, de ander, God/hogere macht en natuur) naar voren, die op een bepaalde manier steun geven bij leefstijlverandering. Een respondent zei dat ze eigenlijk niet nadenkt over wat haar helpt bij het volhouden van leefstijlverandering. Deze respondent benoemde uiteindelijk wel hulpbronnen bij het veranderen van de leefstijl. Een andere respondent gaf aan zich niet bewust te zijn van het betrekken van een vorm van zingeving bij leefstijlverandering. Evenals bij de resultaten naar aanleiding van deelvraag één, zijn de resultaten bij deze tweede deelvraag ingedeeld in kopjes. De kopjes zijn gebaseerd op de vier vormen van zingeving, die de respondenten steunen bij leefstijlverandering.

Zichzelf

Type persoon

Een andere respondent zei altijd een stabiel persoon te zijn geweest en dit helpt haar ook. Zij geeft aan met de leefregels die ze heeft wat van het leven te maken en zo actief mogelijk te willen blijven. De respondent benoemde de volgende hulpbronnen om een goede leefstijl vol te houden: doorzettingsvermogen, zelfdiscipline en het karakter. De respondent wil ondanks de diabetes plezier in het leven houden, ze zei: *‘Maar goed, ik ga niet bij de pakken neerzitten maar (...) het is gewoon lastig’* (7.83).

Strategieën

Een respondent benoemde een aantal gedachten die helpen, rondom de leefstijlverandering, zoals positief denken en geen negatieve gedachten hebben. Voor een andere respondent is zelf regie houden belangrijk bij beslissingen rondom de behandeling met medicatie: *‘Ik probeer daar wel de regie in te houden’* (3.11). Een respondent heeft door mindfulness een gevoel van rust ervaren. Een andere respondent vertelde heel gewoon met de ziekte om te gaan.

Moeten

In de interviews kwam vaak het woord ‘moeten’ naar voren. De respondent zei dat ze de hoop heeft opgegeven om er vanaf te komen en gaf aan: *‘Dus je moet gewoon moedig verder’* (7.62). Voor een respondent is wandelen en fietsen is niet haar hobby, maar deze respondent doet het toch: *‘Je moet gewoon’* (2.28). Deze respondent gaf aan door de ziekte te moeten veranderen en zei: *‘nou, anders ga ik dood’* (2.29). Een andere respondent zei over de risicofactoren: *‘Aan de ene kant wil ik er natuurlijk wel van af, maar aan de andere kant denk ik ook van ja eh het is nu iets wat je is overkomen ook gewoon en ja, daar moet je mee omgaan’* (4.10). Een respondent zei niet te moeten mopperen omdat *‘het allemaal erger kan’* (6.35). Een andere respondent zei dat er ergere dingen zijn en dat je het moet accepteren omdat je er niks aan kan doen. Een andere respondent gaf aan: *‘Eh, je moet gewoon aanpassen wat wel kan en niet kan’* (8.31).

Structuur, evenwicht en rust

Een respondent gaf aan dat ze sinds de diabetes altijd moet denken, ze zei: *‘Kijk je moet altijd denken ’s ochtends van als je opstaat, daarom is die regelmaat zo goed, dan hoef je minder te denken hè?’* (2.26). Ook helpt het bij een respondent om een strak stramien te hebben, bijvoorbeeld binnen de voedingsinterventies en de dag-structuur. Een andere respondent gaf aan dat het stellen van voedingsregels helpt. Deze regels helpen haar de verleiding tegen te gaan om ’s avonds nog extra te

gaan eten, door eerder naar bed te gaan. Meerdere respondenten gaven aan niet teveel in een keer meer te kunnen doen. Een andere respondent zei dat ze balans moet zoeken in haar leven door alles te doseren. Een andere respondent zei dat hij door het werken aan balans in ieder geval iets heeft gedaan aan de risico's van hoge bloeddruk. In verband met de moeheid, helpt het meerdere respondenten om dingen van de agenda te schrappen en grenzen te stellen. Een respondent zorgt ervoor dat ze om rust te nemen even wat anders gaat doen zoals fietsen of lezen. Ze gaf aan dat ze beseft dat tijd voor haarzelf ook belangrijk is, ze zei: (...) *daar ontspan ik ook erg van dat ik gewoon even iets leuks ook voor mezelf doe. Tijd voor mezelf neem'* (5.20). Een respondent vertelde echt een doe-mens te zijn. Zij neemt ook veel zorg van de familie op zich door familie te bezoeken en als 'moederfiguur' (6.85) gezien te worden. De respondent kan steeds beter haar grens aanvoelen. Nu doet ze wel bewust minder en probeert rust te nemen door te gaan lezen of met de hond te wandelen.

Lichamelijk

Veel respondenten benoemden dat zij het belangrijkste vinden om gezond te zijn en zich goed te voelen. Een respondent zei over haar leefstijlverandering: *'Het is in het belang van mijn gezondheid'* (5.25). Een andere respondent benoemde 'gezondheid' (3.58), 'niet aftakelen' (3.57) en 'een goede conditie' (3.59) belangrijk te vinden. Een respondent zei zich te houden aan de leefstijlregels, omdat zij zich daardoor goed voelt. Een respondent gaf aan dat hij therapietrouw is en de medicatie inneemt, omdat hij anders gelijk een lichamelijke reactie merkt. Een andere respondent gaf aan dat ze de leefstijlveranderingen kan volhouden doordat ze afvalt en zich fitter voelt. Ze zei: *'Dus, maar als je dan wel weer wat afvalt (...) zondag hebben we een uur gewandeld, wat ik ook nog nooit kon. (...) En, dat ging goed, en dan krijg je weer moed om verder te gaan'* (8.44). Ze gaf ook aan zich fitter te voelen door te bewegen. Een andere respondent werd gevraagd wat haar kracht geeft om door te zetten elke dag de leefstijlverandering vol te houden. De respondent zei: *'Ja, ik bedoel dat is toch normaal'* (2.34). *'Je wilt niet altijd het gezeur hebben dat het niet goed is. (...) Dus misschien haal ik daar de kracht uit'* (2.35). Verder zeiden een aantal respondenten dat ze gestimuleerd worden om vol te houden door het zien van resultaat. Zo benoemde een respondent dat zijn gewicht hem inspireert om door te zetten. Een andere respondent zei dat effect voor haar ook belangrijk is om vol te houden, want ze zei: *'(...) als het geen effect heeft, nou dan weet ik niet of ik me er aan, nog wel aan hou'* (8.17). Door het medisch circuit gaf een respondent aan dat hij zich bewust is geworden van het feit dat er maatregelen ondernomen moesten worden. Deze respondent doet alles op de fiets en zwemt ook regelmatig. Meerdere respondenten zijn zich bewust van de risico's van een hoge bloeddruk. Bij een respondent is de hoge bloeddruk een trigger geweest voor het veranderen van de leefstijl. Therapieën hielpen een respondent bij een andere respondent leefstijlverandering, omdat ze de bloeddruk verlaagden en leerden met stress om te gaan. Een respondent benoemde dat hij door de leefstijlverandering zelf makkelijker is geworden: *'Uhm ik ben de laatste jaren (...) wat makkelijker naar dingen gaan kijken'* (4.24). De respondent gaf aan dat hij het volgende meer is gaan beseffen: *'(...) hè, joh je moet ook leven, naast het feit dat je inderdaad een hoge bloeddruk hebt en je hebt een hoog cholesterol en dat is het risico. Het zal allemaal wel'* (4.30). De respondent zei verder: *'Er is altijd een risico dat je misschien eh later een hartaanval krijgt'* (4.26). Een andere respondent gaf aan zich bewust te willen zijn van de problematiek waar ze mee moet leren leven, om haar gezondheid te bewaken. Ze zei ook: *'Dan voel je ook een stukje dankbaarheid, wat fijn dat dat toen ontdekt is en dat ik zo geholpen ben door deze medicijnen ook. Dat mijn leven toch een stuk eh ja meer kwaliteit van leven biedt'* (5.35).

Hobby's/leuke dingen

Hobby's en andere leuke dingen zijn voor veel respondenten een vorm van afleiding. Een respondent zei dat ze een fan van lezen is, omdat ze daar echt rustig van kan worden. Verder zei ze dat ze dol is op creatief bezig zijn, waar ze ook een stukje rust in vindt. Een andere respondent benoemde een vorm van zingeving voor haar, namelijk dat ze zelf weer kaarten kan maken. Een andere respondent onderneemt leuke activiteiten zoals het bezoeken van musea. Afleiding, zoals oppassen en andere leuke dingen doen, helpt een respondent. Een andere respondent vertelde dat deze ontspanning vindt in tv-kijken en borduren.

Bezig zijn

Meerdere respondenten benoemden dat 'bezig zijn' belangrijk voor hen is. Zo benoemde een respondent dat zij vroeger veel heeft gewerkt en dat ze nog steeds zo actief mogelijk wil blijven. Deze respondent werkt nog steeds vijf ochtenden in de week bij haar dochter. Op meerdere momenten tijdens het interview herhaalde de respondent hoe belangrijk de dag invulling voor haar leven is. In het interview gaf de respondent aan dat dag invulling zorgt voor regelmaat en dat helpt haar om met de leefregels om te gaan. Voor een andere respondent is het belangrijkste voor het ervaren van kwaliteit van leven: *'(...) dat ik dingen kan blijven doen, zoals ik gewend ben te doen'* (3.56). Deze respondent vindt het belangrijk om mee te kunnen doen in de maatschappij. Een andere respondent probeert nog zoveel mogelijk te profiteren van haar goede dagen.

Anderen

Steun van anderen

Een respondent gaf aan dat een goed sociaal netwerk haar helpt. Een andere respondent ervaart veel steun van zijn partner bij de leefstijlverandering op voedingsgebied: *'Ja, nou gelukkig doet m'n vrouw ook mee en die (...) is d'r wel een hele steun in'* (3.10). Een andere respondent ervaarde deze steun ook van zijn partner. De grote invloed van de partner van de respondent heeft geholpen bij het verminderen van stress. De respondent benoemde het belang van het samen uitvoeren van leefstijlverandering. Naast de steun uit het geloof gaf een respondent aan dat het gezin belangrijk is: *'Nou mijn gezin, familie zeker ook en die helpen mij ook wel eens tactvol herinneren aan dingetjes'* (5.41). De partner van een respondent helpt haar in het rustiger aan doen. Ook nemen zij tegelijk hun medicatie in bij het ontbijt. Een respondent gaf aan dat mensen uit de omgeving haar op de been houden en ook voor haar zorgen. De partner van de respondent helpt als mantelzorger. Het lucht de respondent op, als haar partner thuiskomt. Bij een andere respondent ondersteunt haar partner haar wel, maar haar weinig bij het houden aan het dieet. Een respondent benoemde een goede begeleiding van de huisarts te hebben gekregen.

Begrip van anderen

Een respondent zei dat hij zich gestimuleerd voelt door positieve opmerkingen van anderen. Een andere respondent antwoordde op de vraag waar zij kracht uit haalt bij de leefstijlverandering, als volgt: *'Vooral de wetenschap dat ik lang niet de enige ben.'* (5.31). Verder kan de respondent ervaringen uitwisselen met haar broer met hoge bloeddruk. Ten slotte benoemde de respondent dat zij steun ervaart van een goede vriendin, doordat die ook ziek is geweest. De respondent zei hierover: *'En eh ja dan heb ik ook wel eens hele intieme gesprekken met elkaar (...). En eh ja daar kan ik ook wel dingen in kwijt naar haar toe wat ik moeilijk vind in de praktische dingen ook en eh wat zij lastig vindt en waar ze tegenaan loopt. Dat steunt je ook'* (5.42). Een respondent gaf aan dat zij

dingen sneller voor zichzelf houdt dan dat zij dingen aan anderen vertelt. Wel heeft de respondent burens en waardevolle vriendschappen. Een respondent gaf aan dat het fijn is *'dat je eens met wat andere mensen over kunt praten'* (6.43). Meerdere respondenten gaven aan dat ze fijn vinden om hun verhaal kwijt te kunnen. De respondent ervaart houvast aan andere diabetici en krijgt begrip van anderen die bekend zijn met diabetes.

Anderen helpen

De leefstijlveranderingen rondom de ziektes belemmeren een respondent gedeeltelijk in het bezig willen zijn. Een respondent typeerde zichzelf als een bezig iemand: *'Ik ben altijd een helper geweest'* (1.16). Ondanks de belemmeringen door de ziektebeelden, probeert de respondent anderen te helpen door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te doen: *'Ik ben maanden uit de running geweest, maar ik ben zo ver, dat ik graag nog wat voor een ander kan doen. Dat geeft me dan ook voldoening hoor'* (1.18). De familie betekent heel veel voor de respondent. Vooral het hulp krijgen en ook het elkaar helpen is hierbij belangrijk voor de respondent. Een andere respondent vindt het belangrijk om de goede dingen te doen die ze nog kan: *'Maarja, wat heeft er zin, ik bedoel, dat je er toch voor je kinderen bent en voor je familie'* (2.67). In depressieve perioden helpt het volgens een andere respondent om vrijwilligerswerk te doen. Voor deze respondent is het belangrijk dat ze zich nuttig voelt, ze zei: *'(...) want als ik de hele dag hier in huis zit dan voel ik me niet nuttig'* (8.65). Verder zei de respondent: *'Het geeft mij heel veel voldoening als ik (...) mensen bezoek'* (8.36).

Rol

Voor een respondent helpt het te genieten van (achter)kleinkinderen. Deze respondent zei: *'(...) dan wil ik nog die oma en overgrootoma zijn'* (1.39). Ook benoemde een respondent dat ze een verantwoordelijkheid voelt voor haar gezondheid richting haar gezin: *'(...) dat ik mijn gezondheid goed bewaak, dat vond ik ook een soort verantwoordelijkheid naar mijn gezin toe'* (5.31). Een andere respondent hoopt dat zijn kinderen een goede toekomst hebben, maar dit heeft voor hem geen verband met leefstijlverandering.

God/hogere macht

Religie

Op spiritueel gebied geven bij een respondent onder andere de volgende aspecten kracht om met de leefstijlverandering om te gaan: het Leger des Heils, het krijgen van bezoek en het krijgen van kaarten met bijzondere teksten. De respondent zei ook: *'Nou ik (...) moet eerlijk wezen, ik bid ook iedere keer wel'* (1.23) en *'ik weet dat ik kracht van boven krijg'* (1.49). Verder helpt (christelijke) muziek bij een aantal respondenten ook. Volgens een respondent geeft religie haar steun en ze zei ook: *'Daar vraag je om hè dat je de kracht krijgt om het vol te houden'* (5.34). Terwijl een andere respondent benoemde dat religie in eerste instantie niks te maken heeft met de betekenis van haar leven. Daarna vertelde deze respondent toch dat ze veel houvast heeft aan haar geloof. De respondent gaf aan kracht en rust te krijgen: *'En dat is toch wel dat je die kracht van de Here krijgt, dat je dat je he dat je ook verder kunt'* (7.59). Voor een andere respondent gaat het vinden van kracht vanuit haar geloof vanzelf. Ze zei dat je *'vertrouwen mag op de Heere God en dat je, vanuit je geloof leeft. (...) En Hij heeft je die beperking gegeven om het maar zo te zeggen. Dus van daaruit mag je eh, verder leven'* (8.34). Een andere respondent benoemde ook dat hij geen angst voor de toekomst heeft ondanks zijn ziekte. Verder gaf een respondent aan dat het besef nog niet aanwezig was over de rol die religie kan vervullen bij leefstijlverandering, ze zei: *'Ja, wij proberen wel zo veel*

mogelijk dingetjes in het gebed te benoemen zeg maar, maar soms heb je ook wel iets dat je denkt 'ach, zou dat niet gek zijn om dat te vragen weet je wel hè? Dat eh ja, is dat niet te menselijk, te klein voor God. Maar je weet gewoon dat je met alle dingen mag komen, ik weet dat ook wel... Maar dat dat tot nu toe eh in die hele praktische dingen van leefstijl, nee heb ik dat nog niet zo beseft dat je daar ook voor kan vragen' (5.40). Ze gaf aan dat ze in de toekomst God wel zou kunnen betrekken bij de leefstijlverandering.

Geen steun uit

In het interview gaf een respondent aan niet meer gelovig te zijn en daar dus geen steun uit te halen. Spiritualiteit speelt bij een andere respondent ook geen rol bij ziektebeleving en leefstijlverandering. Voor een andere respondent die gelovig is opgevoed, maar de laatste jaren er niets meer aan doet, is de basis van de religie wel belangrijk. De respondent zei: *'Ik denk wel nog steeds dat er iets is' (4.27).* De religie ondersteunt echter niet bij zijn gezondheid. Voor een andere respondent – die christelijk is en naar behoefte de kerkdienst bezoekt – staat het geloof echter los van de ziekte. Zij bidt niet voor zichzelf, wel voor anderen zoals haar ernstig zieke zusje. Verder had een andere respondent nog niet eerder nagedacht over de steun van religie bij leefstijlverandering.

Vanuit principe

Vanuit het christelijk geloof zei een respondent: *'Je lichaam is een tempel, staat ook in de Bijbel, dus ja is het ook belangrijk dat je als christen in die zin eh goed zorgt voor je lichaam' (5.39).*

Natuur

'Natuur' als hulpbron bij leefstijlverandering is door één respondent benoemd. Deze respondent geniet en ontspant van het fietsen in natuurgebieden met haar man.

3.4 Samenvatting

De eerste deelvraag was gericht op de betekenisgeving aan de leefstijlverandering van de respondenten. De meeste respondenten gaven aan dat de leefstijlverandering voor hen betekende om zich aan voedingsregels te houden. Over het algemeen zeiden de respondenten geen moeite te hebben met deze vorm van leefstijlverandering. Vaak benoemden respondenten hun leefstijlverandering in de vorm van medicatie-inname. Veel respondenten gaven aan therapietrouw te zijn. Verder werd benoemd dat een aantal respondenten door bijwerkingen van de medicatie moeten zelf onderhandelen met de apotheek. Een respondent gaf niet te willen stoppen met roken. Een aantal respondenten gaven aan te werken aan voldoende beweging. Meerdere respondenten benoemden dat ze ten gevolge van hun aandoening vaak vermoeid zijn en daardoor rust en balans in hun leven te vinden. Een respondent benoemde dat zij structuur als leefregel had meegekregen. Een aantal respondenten gaven aan dat grenzen aangeven hierbij moeilijk is. Voor een respondent zei hij voor hem de leefstijlverandering betekent dat regelmatig de bloeddruk wordt gecontroleerd, ter voorkoming van een hartaanval. Een respondent gaf aan moeite te hebben met de planning rondom de controle-afspraken vanwege de ziektebeelden. Een aantal respondenten gaven aan niet tevreden te zijn met de begeleiding door professionals. Een respondent gaf aan dat er teveel voor de patiënt bepaald wordt. Een andere respondent heeft geen vertrouwen meer in de praktijkverpleegkundige te hebben door het missen van goed advies. Een aantal respondenten ervaren dat hun leefstijlverandering hen belemmert in activiteiten die hen zin geven. Ook benoemde een respondent

in depressieperioden de leefstijlaanpassingen niet kan volhouden. Ten slotte werd door een respondent als moeilijk ervaren dat anderen geen rekening houden met haar leefstijlregels en dat ze geen begrip krijgt van een familielid.

Uit de resultaten naar aanleiding van de tweede deelvraag, kwam naar voren hoe respondenten zingeving betrekken bij leefstijlverandering. De eerste vorm van zingeving die naar voren kwam was 'zichzelf'. Hierbij werd bijvoorbeeld genoemd dat het karakter van de persoon en zelfdiscipline helpt om de leefstijlverandering vol te houden. Ook benoemden respondenten hun eigen strategieën voor de leefstijlverandering, zoals 'positief denken', 'regie houden' en 'mindfulness om rust te vinden'. De beleving dat de leefstijlverandering 'gewoon moet' helpt een aantal respondenten om bijvoorbeeld te gaan bewegen, de leefstijlverandering te accepteren en niet te mopperen. Meerdere respondenten noemen dat het zorgen van structuur en het stellen van grenzen, helpt om rust te nemen bij leefstijlverandering en om de verleiding om ongezonde voeding aan te kunnen. Veel respondenten gaven aan dat de leefstijlverandering in het belang van hun gezondheid is. Dit helpt hen om de leefstijlverandering te beginnen en vol te houden. Hobby's en leuke dingen doen zorgen voor een aantal respondenten voor afleiding en ontspanning. Verder werd benoemd dat door het hebben van een zinvolle dag invulling, kwaliteit van leven wordt ervaren. Ook helpt deze vorm van zingeving bij het omgaan met leefregels, omdat het zorgt voor regelmaat in het leven. Op het gebied van zingeving van 'anderen', om de leefstijlverandering vol te houden, doordat anderen bijvoorbeeld helpen stress te verminderen en helpen herinneren aan het innemen van de medicatie. Door het begrip van anderen en de wetenschap niet de enige te zijn met een aandoening, voelen enkele respondenten zich gestimuleerd om leefstijlverandering vol te houden. Ook wordt als prettig ervaren om met andere mensen over de leefstijlverandering te kunnen praten. Ondanks de belemmering om anderen te kunnen helpen, hetgeen enkele respondenten als belangrijk ervaren, vinden een aantal respondenten het belangrijk om toch wat voor een ander te kunnen betekenen. Dit geeft de respondenten voldoening. Het ervaren van een bepaalde rol die respondenten vervullen in het leven, zoals de rol van moeder of oma, helpt een aantal respondenten zich verantwoordelijk te voelen voor hun gezondheid jegens anderen. Tevens kwam naar voren dat religie een hulpbron was om met leefstijlverandering om te gaan. Bepaalde vormen van het in praktijk brengen van religie, helpt een aantal respondenten om kracht te ervaren om leefstijlverandering vol te houden, houvast en rust te ervaren en de beperking te accepteren. Een respondent gaf aan geloof te zijn, maar had nooit beseft dat religie een bron van steun zou kunnen zijn bij de praktische dingen rondom leefstijlverandering. De respondent wil in de toekomst wel gebruik gaan maken van deze hulpbron bij het veranderen van leefstijl. Een aantal andere respondenten gaven aan dat religie voor hen geen rol van steun vervult bij leefstijlverandering, ondanks dat religie voor sommige respondenten wel een belangrijke basis in hun leven is. Voor een respondent is de overtuiging dat je als christen goed voor je lichaam moet zorgen, een motivatie om leefstijlverandering vol te houden. Ten slotte, werd 'natuur' als hulpbron benoemd om ontspanning te vinden.

Op basis van de resultaten die naar voren zijn gekomen vanuit de twee deelvragen, is een conclusie gevormd in het volgende hoofdstuk, waarin een antwoord op de hoofdvraag gegeven is.

Hoofdstuk 4 Conclusie

Vanuit de resultaten zijn in dit hoofdstuk eerst de theoretische en praktische deelvragen beantwoord. Ten slotte is een antwoord geformuleerd vanuit het onderzoek op de centrale onderzoeksvraag: 'Hoe beïnvloedt zingeving leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma?'

Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat zingeving een positieve rol kan spelen bij leefstijlverandering. Uit de resultaten bleek dat de vier vormen van zingeving: zichzelf, anderen, God/hogere macht en natuur op verschillende manieren een rol van steun vervullen bij leefstijlverandering. Een aantal respondenten waren zich in eerste instantie niet bewust van de rol van zingeving bij leefstijlverandering.

4.1 Conclusie theoretisch kader

Leefstijlveranderingen bij een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en astma

Uit de literatuur bleek dat voedingsadviezen effect hebben op het verlagen van cardiovasculair risico (Kleijn, 2013). Bij diabetes wordt geadviseerd te stoppen met roken (Kleijn, 2013). Bij diabetes zou met een betere leefstijl zelfs meer winst te behalen zijn dan met medicatie (Marx, 2011). Diabetici zouden regelmatig moeten bewegen om een gezond gewicht te behouden, gezond eten met niet te veel koolhydraten, niet roken, en matigen met alcohol (Diabetesvereniging Nederland, 2015). Leefstijl speelt ook bij COPD een grote rol. Volgens het RIVM overleden er in 2013 5.328 mensen aan COPD als gevolg van roken (RIVM, 2013). Stoppen met roken kan ook in de fase van zeer ernstige luchtwegobstructie verdere versnelde achteruitgang remmen. Bij COPD-patiënten kan een verminderde voedingstoestand voorkomen. Een verminderde voedingstoestand kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, grotere kans op ziekenhuisopname en een hoger sterfterisico. Aan patiënten met COPD met een verminderde voedingstoestand wordt een voedingsinterventie als onderdeel van een revalidatieprogramma geadviseerd (Dekhuijzen & Chavannes, 2013). Leefstijlfactoren die daarop, belangrijk zijn bij COPD en astma, zijn niet roken, voldoende bewegen, gezonde voeding, het vermijden van prikkels die luchtwegklachten verergeren en het trouw innemen van de medicatie (Baan et al., 2012).

De relatie tussen zingeving en leefstijlverandering

Rubens & Wesseling (2012) beschrijven dat leefstijlverandering om risicofactoren te beperken erg moeilijk is. Intrinsieke motivatie kan helpen om de leefstijl te veranderen. De patiënt kijkt hierbij naar de positieve zin die de verandering kan op leveren. Intrinsieke motivatie kan voor iedereen anders zijn (Rubens & Wesseling, 2012). Uit diverse onderzoeken kwam naar voren wat de rol van zingeving voor een patiënt kan zijn. Heck en Uden (2005) beweren dat zingeving zorgt voor empowerment, hoop biedt, zorgt voor energiemobilisatie, interne beheersing oplevert, mensen rolmodellen en sociale steun biedt. Ten slotte wordt vanuit sommige religieuze groepen gezond leven gepropageerd. Zingeving kan mensen helpen bij leefstijlverandering. Het vinden van betekenis in ziekte zou een stimulans zijn voor patiënten om hun leefstijl aan te passen (Baldacchino, 2011). Volgens onderzoek (Unantenne, 2013) helpt zingeving als coping, mensen om medische adviezen op te volgen. Uit dit onderzoek bleek dat zingeving zorgde voor een beter welbevinden en een betere gezondheid.

Mensen die deze coping-stijl gebruikten, hadden het gevoel dat ze verantwoordelijk waren voor de eigen gezondheid en het eigen welzijn. Zingeving als coping zorgt ervoor dat mensen het doel en de zin van hun ziekte ontdekken en het bevordert het zelfmanagement bij patiënten (Baldacchino & Draper, 2001).

De rol van zelfmanagement bij leefstijlverandering

De rol van zelfmanagement voor de patiënt kwam vanuit de literatuur naar voren. De leefstijl, en de manier van omgaan hiermee, is de verantwoordelijkheid van het individu (Hickox-Vriens et al., 2007). Deze verantwoordelijkheid wordt ook wel aangeduid met het begrip: 'zelfmanagement'. Volgens het Chronic Care Model is zelfmanagement 'het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte' (Speijer, 2012, p. 3). Optimaal zelfmanagement verbetert de kwaliteit van leven, omdat er cognitieve, gedragsmatige en emotionele strategieën worden ingezet om met de ziekte om te gaan (Schulman-Green et al., 2012). Uit onderzoek blijkt dat het aansluiten bij de leefwereld en de motivatie van de patiënt een effectieve manier is om leefstijlverandering succesvol te laten plaatsvinden en dat het dan ook meetbare resultaten geeft in het verminderen van risico's, onder andere op het krijgen van cardiovasculaire ziekten (Rubens & Wesseling, 2012). De verpleegkundige heeft als taak, om aan te sluiten bij wat bij de patiënt past, hoe deze zijn ziekte ziet en waar deze steun aan heeft. Op deze manier kan de verpleegkundige inschatten welke zorg er nodig is (Zitvast, 2015). Volgens Staveren (2014) draagt het 'patiëntgericht werken' bij aan de participatie van de patiënt.

4.2 Conclusie praktijkgerichte deelvragen

De betekenis van leefstijlverandering voor patiënten met een cardiovasculaire ziekte, diabetes, COPD en/of astma

Vanuit de interviews kwamen een aantal opvallende aspecten naar voren, die voor de respondenten passen bij leefstijlverandering. Meerdere respondenten benoemden in eerste instantie de praktische aspecten als betekenis van leefstijlverandering, zoals het opvolgen van voedingsadviezen, proberen voldoende te bewegen, trouw de medicatie innemen en het monitoren van de gezondheid. Het viel op dat de respondenten aangaven geen of weinig moeite te hebben met een leefstijlinterventie op het gebied van voeding. De moeilijkheid die wel werd ervaren door enkele respondenten, waren de bijwerkingen van medicatie, waardoor de respondenten moesten onderhandelen met de apotheek. Naast de praktische aspecten van leefstijlverandering, bleken andere aspecten meer moeite te kosten voor de respondenten. Voorbeelden die hierbij werden genoemd, waren het vinden van rust en balans en het aangeven van grenzen om vermoeidheid tegen te gaan ten gevolge van de aandoening. Een ander bijkomend aspect, dat moeilijk was voor een respondent, was het niet kunnen behouden van de eigen regie in de begeleiding van leefstijlverandering. Een andere respondent vond dat de praktijkverpleegkundige tekortschoot in het geven van goede adviezen bij leefstijlverandering, wat het vertrouwen in de praktijkverpleegkundige wegnam. Een andere respondent miste ook het begrip van anderen voor de leefstijlaanpassing. Ook werd als moeilijk ervaren dat leefstijlverandering een belemmering vormt voor het ondernemen van zinvolle activiteiten, waarbij opvallend was dat deze activiteiten vooral in het teken stonden van het helpen van anderen. Uit de respondentkenmerken kwam naar voren dat naast de ziektebeelden die behoren

tot de inclusiecriteria voor het onderzoek, meer ziektebeelden of beperkingen naar voren kwamen. Deze ziektebeelden of beperkingen hadden bij enkele respondenten een belemmerde invloed op leefstijlverandering. Zo benoemde een respondent dat zij in perioden van depressie de leefstijlverandering niet kan volhouden. Voor een andere respondent zorgde griep en een pijnlijke knie ervoor, dat ze moeite had om voldoende te bewegen, om haar bloedsuiker te verlagen.

De rol van zingeving bij leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes, COPD en/of astma

Vanuit de interviews benoemden de respondenten op verschillende manieren steun te vinden bij leefstijlverandering. De hulpbronnen die benoemd werden, passen bij de vormen van zingeving volgens de definitie van zingeving, die gehanteerd is in het onderzoek (Puchalski & Ferrell, 2010). De vormen van zingeving van Puchalski en Ferrell (2010) zijn: zichzelf, anderen, God/hogere macht en natuur. Opvallend was dat een respondent in de eerste instantie niet zei na te denken over wat de respondent helpt bij het volhouden van leefstijlverandering. Bij het doorvragen in het interview, bleek de respondent wel degelijk hulpbronnen te hebben.

Op het gebied van de vorm van zingeving van 'zichzelf' kwamen de meeste verschillende aspecten naar voren, ten opzichte van de andere vormen van zingeving. De volgende aspecten kwamen naar voren: het karakter van de respondent, bepaalde strategieën, bewustwording van het belang van de eigen gezondheid, hobby's en leuke dingen doen, structuur en zinvol bezig zijn. Ook het karakter van de respondent, zelfdiscipline, positief denken en het houden van regie helpt een aantal respondenten om leefstijlverandering vol te houden. Net als bij de eerste deelvraag, kwam naar voren dat leefstijlverandering als een breed begrip gezien wordt door respondenten en meer inhoudt dan alleen het opvolgen van leefregels, maar dat het ook bijvoorbeeld het moeten verminderen van stress inhoudt. Uit de resultaten van deelvraag twee komt dan ook naar voren dat zingeving met verschillend effect steunend is bij leefstijlverandering. Zo helpt mindfulness een respondent om rust te vinden, de beleving dat leefstijlverandering gewoon 'moet', helpt om de leefstijlverandering uit te voeren, acceptatie te vinden en om niet te mopperen. Door voor structuur te zorgen en grenzen te stellen, lukt het respondenten rust te vinden en om de verleiding van ongezond voedsel tegen te gaan. Hobby's en leuke dingen doen zorgt voor een aantal respondenten voor afleiding en ontspanning en door het hebben van een zinvolle dag-invulling wordt kwaliteit van leven ervaren. Hierdoor kan beter met de leefregels worden omgegaan, omdat het zorgt voor structuur.

Het tweede aspect dat vanuit de interviews naar voren kwam, was de vorm van zingeving 'anderen'. Deze vorm van zingeving helpt op verschillende wijzen bij leefstijlverandering. Zo ervaren een aantal respondenten steun van anderen doordat deze helpen stress te verminderen en de respondent herinneren aan een leefstijlregel. Het krijgen van begrip helpt een respondent de leefstijlverandering vol te houden. Het ervaren van verantwoordelijkheid voor een ander vanuit een bepaalde rol, zoals die van moeder, helpt een aantal respondenten ook de leefstijlverandering vol te houden. Net als bij de eerste deelvraag, viel het op dat veel respondenten steun halen uit het helpen van anderen, waarbij bij de eerste deelvraag benoemd werd dat leefstijlverandering de mogelijkheden om anderen te helpen belemmert. Opvallend was dat ondanks de belemmeringen die respondenten ervaren, toch manieren gevonden worden om anderen te helpen en dat dat veel voldoening geeft.

De vorm 'God/hogere macht' van zingeving, zorgde voor een aantal respondenten voor meerdere positieve effecten: zo ervaren respondenten door hun religie houvast, rust, acceptatie en kracht om de leefstijl vol te houden. Andere respondenten gaven aan dat deze vorm van zingeving niet voor hen geldt. Opvallend was dat een respondent niet bewust was van de rol van deze vorm van zingeving voor de leefstijlverandering. De respondent zei namelijk gelovig te zijn, maar had nooit beseft dat haar religie een steunbron zou kunnen zijn bij leefstijlverandering. De respondent wil haar religie in de toekomst wel benutten als hulpbron bij leefstijlverandering.

Het viel op dat de vorm van zingeving: 'natuur' slechts een keer werd genoemd. Deze vorm van zingeving helpt een respondent om te ontspannen.

4.3 Conclusie hoofdvraag

Vooraf aan het onderzoek is als hoofdvraag gesteld: *'Hoe beïnvloedt zingeving leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma?'*.

Vanuit de deelvragen is te concluderen dat leefstijlverandering invloed heeft op verschillende aspecten van het leven. Over het algemeen blijken de praktische aspecten van de leefstijlverandering, zoals voedingsregels, voor weinig moeite te zorgen. De belangrijkste gevolgen van leefstijlverandering die als moeilijk werden ervaren waren het stellen van grenzen, belemmeringen in het doen van zinvolle activiteiten en bijkomende beperkingen. Zingeving blijkt door de respondenten als bron van steun te worden ervaren. Bij de vorm 'zichzelf' kwam naar voren dat de wil om zich gezond te voelen belangrijk is om bezig te kunnen blijven. Bij de vorm 'anderen' werd benoemd dat de steun van anderen door begrip van anderen belangrijk is en dat het hebben van een verantwoordelijkheid jegens anderen, een stimulans is om vol te houden. 'Religie' werd door sommigen als steunend ervaren, om acceptatie en kracht te ervaren om de leefstijlverandering vol te houden, terwijl religie voor anderen geen hulpbron is. 'Natuur' werd ook als hulpbron ervaren om ontspanning te vinden. Uit het onderzoek gebleken dat voor elke respondent de rol van zingeving anders is. De rol van zingeving heeft een positieve invloed op leefstijlverandering bij de respondenten. Sommige respondenten waren zich niet bewust van de mogelijkheid om bepaalde vormen van zingeving te gebruiken als hulpbron bij leefstijlverandering.

Hoofdstuk 5 Discussie

Dit hoofdstuk staat voornamelijk in het teken van discussiepunten met betrekking tot de methodologie en de inhoud van het onderzoek. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk gaat over de professionele visie van de onderzoekers op de conclusie van het onderzoek.

Methodologische discussie

Bewust van eigen verwachtingen

Op basis van het theoretisch kader en het eigen referentiekader hadden de onderzoekers bepaalde verwachtingen ten aanzien van de uitkomsten van het onderzoek. Voor de topics van het meetinstrument is uitgegaan van de definitie van zingeving van Pulchalski & Ferrel (2010). Dit zou een sturende factor kunnen zijn geweest tijdens de interviews. Door de open vraagstelling van de interviewer, gaven de respondenten echter zelf aan wat hen helpt bij leefstijlverandering. Deze hulpbronnen waren onder te verdelen in de vier topics: 'zichzelf', 'anderen', 'God/hogere macht' en 'natuur'. De verwachtingen van de onderzoekers kleurden uiteindelijk niet de uitkomsten. Dit werd voorkomen doordat de onderzoekers door de gebruikte methode, open stonden voor nieuwe inzichten.

Populatie

In het onderzoeksplan hadden de onderzoekers beschreven dat de interviewer respondenten zou gaan verkrijgen via een huisartsenpraktijk. Door omstandigheden is het de interviewer niet gelukt om binnen kort tijdsbestek voldoende respondenten te verzamelen en daarom hebben de onderzoekers toestemming gekregen om zelf respondenten te gaan zoeken. Doordat de onderzoekers via het sneeuwbal effect respondenten hebben benaderd, kan het zijn dat de respondenten behoren tot een selecte groep. Zo zijn er meer christelijke respondenten die hebben meegedaan aan het onderzoek dan niet-christelijke. Het is mogelijk dat dit de uitkomsten van het onderzoek heeft beïnvloed. Vanwege tijdsgebrek zijn er acht interviews afgenomen, in plaats van het vooraf bepaalde aantal van tien interviews. Dit maakt het onderzoek minder betrouwbaar dan dat er tien of meer interviews afgenomen zouden zijn. Er hebben zich meer vrouwen dan mannen aangemeld voor het onderzoek, in de leeftijd van zesenzeftig tot zesenzestig jaar. Mogelijk zouden bij een andere verdeling van geslacht en leeftijd andere uitkomsten naar voren zijn gekomen. Omdat de onderzoekers volgens de fenomenologische onderzoeksstrategie hebben onderzocht, is er echter voor gekozen geen onderscheid te maken tussen bepaalde respondentkenmerken, zoals het geslacht van de respondenten.

Aanwezigheid van derden bij open-interview

Anders dan was beschreven in het onderzoeksplan, was bij interview vier een echtgenoot aanwezig die soms meesprak in het interview. De afwezigheid van derden kan een remmende of manipulerende invloed hebben (Adriaansen & Caris, 2011), waardoor de uitkomst van het interview beïnvloed kan zijn. Bij de overige interviews zijn geen derden aanwezig geweest.

Analyseren en rapporteren

Het analyseren is verlopen volgens de stappen van de gefundeerde theoriebenadering wat inhoudt dat het onderzoeksmateriaal zo open mogelijk benaderd is (Baarda, 2013). Om tot een betrouwbare analyse en eenduidig resultaat te komen, hebben de onderzoekers kritische feedback gegeven op elkaars analyse. De onderzoekers misten binnen deze methode echter een stap aan het einde van de analyse. Daarom is ervoor gekozen aan het eind van elke analyse een samenvatting te schrijven die de dimensie van alle labels weergaf. Deze samenvattingen droegen bij aan het beschrijven van de resultaten van het onderzoek. Het verzamelen van respondenten heeft meer tijd ingenomen dan verwacht door de interviewer. Als gevolg hiervan was de tijd voor het analyseren en rapporteren van het onderzoek korter dan gepland.

Inhoudelijke discussie

De onderzoekers hebben het onderwerp van het onderzoek verkend door middel van literatuurstudie. Op basis van de literatuurstudie en het eigen referentiekader hadden de onderzoekers bepaalde verwachtingen over de rol van zingeving bij leefstijlverandering. Doordat de onderzoekers een open vertrekhouding hebben aangenomen, was er ruimte om beweringen vanuit het literatuuronderzoek bij te stellen. Zo kwam vanuit het literatuuronderzoek naar voren dat niets zo moeilijk is als het veranderen van leefstijl om de risicofactoren te beperken (Rubens & Wesseling, 2012). Uit het praktijkonderzoek is echter gebleken dat veel respondenten zeiden niet of nauwelijks moeite te hebben met het beperken van de risicofactoren door het opvolgen van voedingsregels, voldoende te bewegen en trouw de medicatie in te nemen. Andere aspecten die de respondenten als moeilijk ervaren, waren bijkomende aspecten bij het veranderen van de leefstijl, zoals het niet meer kunnen doen van zinvolle activiteiten. Vooraf aan het onderzoek was de verwachting dat de praktische aspecten (bijvoorbeeld gezonder moeten eten, meer moeten bewegen) van leefstijlverandering met name moeilijk zouden zijn om vol te houden. Uit de literatuur en interviews kwam naar voren dat zingeving op verschillende manieren een rol kan vervullen van steun (Heck en Uden, 2005), om beter met het leven met de ziekte en leefstijlverandering om te kunnen gaan (Peterson, et al., 2010). Uit de literatuurstudie en de interviews kwam naar voren dat mensen bewust of onbewust allerlei manieren van zingeving gebruiken die hen kunnen helpen bij het veranderen van leefstijl (Rubens & Wesseling, 2012), zoals hun rol in de samenleving, zelfmanagement en sociale steun. Sommige respondenten bleken zich niet bewust van de rol van zingeving als hulpbron bij leefstijlverandering. Uit het literatuuronderzoek (Heck en Uden, 2005) en uit het praktijkonderzoek, kwam naar voren dat zingeving kan zorgen voor empowerment, het sociale steun biedt en vanuit sommige religieuze groepen gezond leven wordt gepropageerd. Voor de respondenten zijn bepaalde vormen van zingeving een reden of stimulans om de leefstijl aan te passen, zoals ook naar voren kwam uit het theoretisch kader van het onderzoek (Baldacchino, 2011).

Verpleegkundige visie op zingeving bij leefstijlverandering

Steeds meer mensen krijgen te maken met de aandoeningen: cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, COPD en astma. Leefstijlverandering is bij deze aandoeningen belangrijk. Uit de literatuurstudie blijkt dat het veranderen van leefstijl niet altijd eenvoudig is. Het is daarom belangrijk dat de patiënt goed begeleid wordt bij leefstijlverandering. De onderzoekers zien zingeving als een essentieel, niet weg te denken onderwerp binnen de zorgverlening, vanuit hun rol als (toekomstig) verpleegkundige. Vanuit de literatuurstudie is de positieve rol van zingeving bij leefstijlverandering naar voren gekomen. Uit een onderzoek is gebleken dat zingeving ervoor zorgt dat mensen met een hartziekte beter met de onzekerheid van het leven met een hart- en vaatziekte kunnen omgaan (Peterson, et al., 2010). Vanuit het praktijkonderzoek is ook naar voren gekomen dat zingeving mensen kan ondersteunen bij het veranderen van leefstijlverandering. Sommige respondenten bleken zich niet altijd bewust zijn van deze rol. Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat verpleegkundigen zich ook niet altijd van bewust zijn van de rol die ze kunnen spelen bij het betrekken van zingeving bij de zorgverlening. De onderzoekers vinden het belangrijk dat verpleegkundigen meer aandacht besteden aan de betekenis die patiënten geven aan leefstijlverandering en patiënten bewust maken van de betekenis van zingeving bij leefstijlverandering. De verpleegkundige zal daarin moeten aansluiten bij de individuele patiënt, omdat ieder mens uniek is. Bovendien is uit het onderzoek gebleken dat voor elke respondent de rol van zingeving anders is.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Vanuit de conclusie van het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen opgesteld, zowel in het kader van het uitvoeren van vervolgonderzoek als wel praktische aanbevelingen voor de beroepsgroep. De aanbevelingen zijn onderverdeeld op micro-, meso- en macroniveau.

Aanbevelingen op microniveau

Respondenten werven

Het werven van respondenten in een kort tijdsbestek bleek lastig te zijn. Het is aan te bevelen om aan het begin van het onderzoek meerdere praktijkverpleegkundigen te betrekken bij het uitnodigen van respondenten om mee te doen aan het praktijkonderzoek. Hierdoor wordt de groep potentiële respondenten die bereikt kan worden, vergroot.

Leeftijdscategorie

In eerste instantie was er gekozen voor een leeftijdscategorie van 18 tot 80 jaar. Uiteindelijk waren de respondenten in de leeftijd van 46 tot 66 jaar. Om een beter beeld te krijgen van de rol van zingeving bij leefstijlverandering bij respondenten vanuit verschillende leeftijdscategorieën, is aan te bevelen het onderzoek te herhalen met, naast de oudere respondenten, ook jongere respondenten in de leeftijd van bijvoorbeeld 18 jaar tot ongeveer 40 jaar.

Aanbevelingen op mesoniveau

Begeleiding in de praktijk

In het onderzoek spreken een aantal respondenten hun mening uit over de begeleiding die ze krijgen bij de leefstijlverandering. Hierin benoemde een patiënt bijvoorbeeld zelf zijn medicatie gestopt te hebben vanwege het niet eens zijn met de behandeling. Dezelfde respondent gaf aan dat er niet wordt meegedacht en dat er geen klik is met de zorgverlener. Een andere respondent gaf aan niet tevreden te zijn over de praktijkverpleegkundige die geen goed advies geeft. Het is aan te bevelen dat er verder onderzoek gedaan wordt naar de begeleiding van de patiënten bij leefstijlverandering. Op deze manier kan mogelijk voorkomen worden dat de hulpverlening een belemmering vormt in de leefstijlverandering of therapietrouwheid van de patiënt. Ook zou er onderzocht kunnen worden in hoeverre therapietrouwheid daadwerkelijk afhangt van de begeleiding die de patiënt krijgt. In het onderzoek is al een begin gemaakt aan het in kaart brengen van wat de patiënt nodig heeft in de begeleiding bij leefstijlverandering. Uit het onderzoek kwam naar voren dat een respondent ervaart dat de praktijkverpleegkundige bepaalde beslissingen voor hem maakt. De respondent zei dat hij niet het idee had dat hij kon meedenken in het zorgproces. Een aanbeveling voor de zorgverlening door verpleegkundigen, is om het meedenken en meebeslissen van de patiënt juist te stimuleren. Het aansluiten bij de leefwereld en de motivatie van de patiënt is een effectieve manier om leefstijlverandering succesvol te laten plaatsvinden. Het geeft namelijk meetbare resultaten in het verminderen van risico's, onder andere op het krijgen van cardiovasculaire ziekten, zo bleek uit een onderzoek (Rubens & Wesseling, 2012).

Zingeving in de zorgverlening

Om een beeld van zingeving in de praktijk van de zorgverlening te krijgen zou er onderzocht kunnen worden hoe verpleegkundigen zingeving betrekken in de zorgverlening aan patiënten die te maken

hebben met leefstijlverandering. Ook kan er kwalitatief (literatuur)onderzoek gedaan worden naar de vraag in hoeverre patiënten willen dat zingeving betrokken wordt bij de zorgverlening en op welke manier patiënten steun zouden willen krijgen.

Bewustwording creëren bij de patiënt

Vanuit het onderzoek kwam naar voren dat een respondent zei zich niet bewust te zijn van de rol die zingeving (de religie) kan hebben bij leefstijlverandering. Religie speelt een grote rol in het leven van de respondent. De respondent was zich er eigenlijk niet bewust van dat ze haar geloof kan betrekken bij de praktische aspecten van leefstijlverandering. De respondent zou bijvoorbeeld kunnen bidden, om kracht te ervaren om de verleiding van ongezond voedsel aan te kunnen. De vorm van steun die de verpleegkundige zou kunnen geven is het creëren van bewustwording bij patiënten met betrekking tot de rol van zingeving bij leefstijlverandering. Als de patiënt bewust is van deze rol, zou de patiënt zingeving kunnen betrekken bij leefstijlverandering, waardoor het mogelijk positieve effecten oplevert, zoals de effecten uit de resultaten van dit onderzoek. Deze effecten waren het ervaren van vermindering van stress, acceptatie, begrip, steun van anderen en kracht om de leefstijlverandering vol te houden.

Model

Wanneer het voor de verpleegkundige lastig is om zingeving bewust te integreren in de zorgverlening of begeleiding, dan zou zij gebruik kunnen maken van een model die handvatten geeft om zingeving te betrekken in de praktijk. Eventueel kan er een project opgestart worden met als doel het ontwerpen van een format of model om de verpleegkundige te ondersteunen in het betrekken van zingeving in de zorgverlening. In dit model zou kunnen worden verwerkt, welke vormen van zingeving kunnen voorkomen en hoe deze vormen van zingeving gebruikt kunnen worden als steunbron bij zingeving. De verpleegkundige zou met behulp van dit model in samenspraak met de patiënt, nadenken over wat de patiënt mogelijk steun zou kunnen geven.

Helpen vooruit denken

Om de patiënt goed voor te bereiden op de gevolgen van de leefstijlverandering is het aan te raden om de gevolgen op korte en lange termijn tijdig met de patiënt te bespreken. Patiënten voorzien deze niet altijd vooraf. Een respondent gaf bijvoorbeeld in het onderzoek aan dat zij vanwege een leefstijlverandering nu veel meer aan zichzelf te moeten denken wat zij niet prettig vindt. Uit het onderzoek volgen verschillende hulpbronnen die de respondent helpen bij de veranderingen in de leefstijl. Mensen uit het sociale netwerk (zoals partners, vrienden, familie) kunnen bijvoorbeeld tot grote steun zijn. Bij de begeleiding van de patiënt is het aan te raden om de hulpbronnen van de patiënt bespreekbaar te maken. Dit kunnen bijvoorbeeld hulpbronnen zijn die gevonden worden in zichzelf, in anderen, in God/hogere macht of in de natuur.

Hulpbronnen aanreiken

Uit het onderzoek volgt dat veel van de respondenten doe-mensen zijn en lastig rust kunnen nemen en balans kunnen zoeken. Hierdoor wordt het verlagen van stress voor bloeddrukverlaging ook weer bemoeilijkt. In het ondersteunen van patiënten bij leefstijlverandering zou hier rekening mee gehouden kunnen worden. Hierbij zou de verpleegkundige ook op zoek kunnen gaan naar middelen die de patiënt zouden kunnen helpen bij het vinden van balans in rust nemen en actief zijn. Een voorbeeld hiervan is 'Mindfulness'. Mindfulness werd in het onderzoek benoemd door een respondent als hulpbron om rust te vinden. De verpleegkundige zou hier naar kunnen doorverwijzen.

Aandacht voor de contextuele factoren

Volgens Scharwächter (2007) is het bij het geven van leefstijladvies van belang om aandacht te hebben voor de contextuele factoren van de patiënt. Uit dit afstudeeronderzoek is naar voren gekomen dat leefstijlverandering voor patiënten meer inhoudt dan alleen het opvolgen van leefstijlregels. Hierbij werden verschillende aspecten genoemd, zoals het moeten vinden van rust, onbegrip van anderen, het niet meer goed kunnen uitvoeren van zinvolle activiteiten. De begeleiding door verpleegkundigen zou dus niet alleen gericht moeten zijn op de praktische aspecten van de leefstijlverandering, zoals voedingsinterventies. Er zou meer aandacht mogen komen voor de bijkomende aspecten die voor patiënten bij leefstijlverandering horen. Dit kan bijvoorbeeld door het vragen aan de patiënt wat het moeten veranderen van de leefstijl voor de patiënt als individu betekent. Uit onderzoek bleek dat begrip voor de moeilijke aspecten van leefstijlverandering, door de patiënt als steunend werd ervaren. In de begeleiding bij leefstijlverandering zou de verpleegkundige begrip kunnen tonen voor de moeilijke aspecten van leefstijlverandering voor patiënten.

Aanbevelingen op macroniveau

Politiek en maatschappelijk

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de focus in de gezondheidszorg steeds meer verlegd wordt van 'ziekte' naar 'gezondheid'. De patiënt is geen passieve consument van zorg meer, maar steeds meer een actieve burger die streeft naar gezondheid. De verschuiving van 'zorg en ziekte' naar 'gezondheid en gedrag' brengt veranderingen met zich mee. Er kan verder onderzoek gedaan worden naar wat deze politieke en maatschappelijke veranderingen betekenen voor de rol van zorgverleners en de rol van de patiënt zelf.

Bibliografie

- Adriaansen, M., & Caris, J. (2011). *Elementaire Sociale Vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ai, A. P. (2007, juni). Psychosocial meditation of religious coping styles: a study of a short-term psychological distress following cardiac surgery. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17483394>
- Aoulad, S., & Bertens, A. (2008, september). *Richtlijn spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied*. Opgehaald van radboudumc.nl: https://www.radboudumc.nl/Research/Organisationofresearch/Departments/SpiritualandPastoralCare/Documents/richtlijn_spiritualiteit.pdf
- Baan, D., Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Rijken, M. (2012). *Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD*. Opgeroepen op mei 7, 2016, van NIVEL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Zelfmanagement-mensen-met-COPD-of-Astma.pdf>
- Baarda. (2013). *Dit is onderzoek. Handleiding voor kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baarda, B. B., Fischer, T., Julsing, M., Goede, d. M., Peters, V., & Velden, v. d. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baillien, E., & D' Hertelfelt, H. (2015). *Psychosociale arbeidsbelasting*. Mechelen, België: Wolters Kluwer.
- Baldacchino. (2011). Myocardial infraction: a turning point in meaning in life over time. *januari*. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21278658>
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001, juni). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422554>
- Blokstra, A., Poos, M., & Appelman, Y. (2012, december 11). *Wat zijn hart- en vaatziekten en welke factoren beïnvloeden hart- en vaatziekten*. Opgehaald van Nationaal kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/wat-zijn-hart-en-vaatziekten-en-welke-factoren-beïnvloeden-de-kans-op-hart-en-vaatziekten/>
- Boeijs, H. (2005). Interviewen in de aanwezigheid van een derde, een methodologische gevalstudie. *KWALON*, 10(3), 35.
- Broekhuizen, L. (2014, september). Is een CVA te voorkomen? *Huisarts en wetenschap*, 57, 444.
- Burgt, M., & Mechelen-Gevers, E. (2008). *Gezondheid en gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Currie, G. (2009). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. New York, United States: Oxford University Press Inc.
- de Kleijn, d. M. (2013, mei). Leefstijladviezen. *Bijblijven*(29), 23-36.

- Deckers, J., Engelfriet, P., & Dis, I. v. (2014, juni 3). *Coronaire hartziekten*. Opgehaald van Nationaal kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/coronaire-hartziekten/coronaire-hartziekten-samengevat/>
- Dekhuijzen, P., & Chavannes, A. (2013). *Veelgestelde vragen over COPD*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Diabetesvereniging Nederland. (2015). *Leefstijl*. Opgehaald van Diabetesvereniging Nederland: <https://www.dvn.nl/diabetes/over-diabetes/leefstijl>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Franke, C., & Limburg, M. (2006). *Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Franke, C., Vaartjes, I., & Eysink, P. B. (2011, december 13). *Beroerte*. Opgehaald van Nationaal kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/beschrijving/>
- Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijn goede voeding*. Opgehaald van gezondheidsraad: http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201524_richtlijnen_goede_voeding_2015.pdf
- Grit, R., & Julsing, M. (2012). *Zo doe je een onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers .
- Gunst, v. S. (2013). Hoe denkt de patiënt over de praktijkondersteuner. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 124.
- Have, t. M. (2013). *Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Een overzicht van ethische argumenten*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Heck, v. G., & Uden, v. R. (2005, juni). Religie, spiritualiteit en gezondheid. *Psychologie en gezondheid*, pp. 71-73.
- Heiligers, P., & Noordman, J. (2012). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Utrecht: NIVEL.
- Hickox-Vriens, S., Sol-de Rijk, B., Wierdsma, J., Bie, d. D., Spiering, W., Pijlman, A., . . . Visseren, F. (2007). *Handboek Vasculair Risicomanagement door de Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: Zuidam & Uithof.
- Huber, M. (2012). *Begrip gezondheid*. Opgehaald van ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/begrip-gezondheid/>
- Jager-Meezenbroek, d. E., Pool, G., Staps, T., Bisschop, S., Visser, A., & Garssen, B. (2008, januari). Spiritualiteit in de gezondheidszorg. Visies en ervaringen van zorgverleners en onderzoekers. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, pp. 15-17. Opgehaald van Springer.
- Jokar, H., Yousefy, A., & Sadeghi, M. (2015, juni). Behavioral Change Challenges in the Context of Center-Based Cardiac Rehabilitation: A Qualitative Study. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26290753>
- Kloosterman, R. (2015). *Solidariteitsvoorkeuren in de zorg*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Koning, W. (2015). Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG). *De Eerstelijns*, 20-21.
- Leeuwen, v. R., & Cusveller, B. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.

- Lub, V. (2011, december 7). *De valkuilen van kwalitatief evaluatieonderzoek*. Opgehaald van Sociale vraagstukken: <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2011/12/07/de-valkuilen-van-kwalitatief-evaluatieonderzoek/>
- Male, J. (2011). Methoden en Technieken in kwalitatief onderzoek. *KWALON, themanummer, 2*.
- Marx, P. (2011, mei). Gezonde leefstijl helpt in strijd diabetes. *Mednet, 4, 11*.
- MC Groep. (2016). *Het verschil tussen COPD en Astma*. Opgeroepen op april 26, 2016, van MC Groep: <https://www.mcgroep.com/dossier/copd-en-astma>
- Medisch Dossier. (2009). Vijf leefstijlveranderingen tegen diabetes. *Medisch Dossier, 11*.
- Meide, v. d. (2014). Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering. *KWALON, 72*.
- Merck Manual. (2003). *Astma*. Opgeroepen op mei 7, 2016, van Merck Manual: <http://www.merckmanual.nl/mmhenl/sec23/ch274/ch274b.html>
- Merck Manual. (2003, februari). *Merck Manual*. Opgehaald van Perifeer vaatlijden: <http://merckmanual.nl/mmhenl/sec03/ch034/ch034b.html?qt=perifeer%20vaatlijden&alt=sh>
- Mortelmans, M. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- NHG. (2012). *Cardiovasculair risicomanagement*. Opgehaald van Nederlands Huisartsengenootschap: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement>
- Nieswiadomy, R., Ter Maten-Speksnijder, A., & de Lange, J. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- Pargament, K., & Koenig, H. (2004, november). *Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically, elderly patients: A Two-year Longitudinal Study*. Opgehaald van Health Psychology Journal: <http://hpq.sagepub.com/content/9/6/713.short>
- Peterson, J., Allegrante, J., Pirraglia, P., Robbins, L., Lne, K., Boschert, K., & Charlson, M. (2010, maart). Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been succesful or unsuccesful in multiple behavior change. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207270>
- Peterson, J., Allegrante, J., Pirraglia, P., Robbins, L., Lne, K., Boschert, K., & Charlson, M. (2010, maart). Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been succesful or unsuccesful in multiple behavior change.
- Plempers, D., & Vliet, D. v. (2003, januari). *Community care: de uitdaging voor Nederland*. Opgehaald van Verwey-Jonker Instituut: http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D8539234-5_013E.pdf
- Puchalski, C., & Ferrell, B. (2010). *Making Health Care Whole*. West Conshohocken: Templeton Press.
- Puchalski, C., Ferrel, R., & Virani, S. (2009). The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine, 885-904*.
- Rappaport, J., & Seidman, E. (2000). *Handbook of Community Psychology*. New York: Plenum Press.
- Regenmortel, T. V. (2002). *Empowerment en Maatzorg*. Leuven, België: Uitgeverij Acco.

- RIVM. (2011). *Chronische ziekte en multimorbiditeit*. Opgehaald van Een gezonder nederland: http://www.eengezondere nederlandse.nl/Heden_en_verleden/Ziekten/Chronische_ziekte_en_multimorbiditeit
- RIVM. (2013). *roken, cijfers en context, gevolgen*. Opgehaald van volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/gezondheidsgevolgen#!node-sterfte-en-verloren-levensjaren-door-roken>
- RIVM. (2014). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Rubens, M., & Wesseling, E. (2012). *Leven met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- RVZ. (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Opgehaald van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: http://www.raadvsv.nl/uploads/docs/Advies_-_zorg_voor_je_gezondheid.pdf
- Scharwächter, W. (2007). De één en één is drie-methode:synthese van twee onderzoeksbenaderingen. *KWALON, Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 33-39.
- Schellevis, F., & Hoeymans, N. (2013). *Nationaal kompas volksgezondheid: Wat zijn de oorzaken van multimorbiditeit?* Bilthoven: RIVM.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., . . . Whittemore, R. (2012, maart 14). *Journal of Nursing Scholarship*. Opgeroepen op november 20, 2015, van http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1547-5069.2012.01444.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Sears, S., & Rodrigue, J. (1997, december). Religious Coping and Heart Transplantation: from Threat to Health. Opgeroepen op december 7, 2015, van <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1027485226293>
- Speijer, A. (2012). *Zelfmanagement bij zeldzame aandoeningen*. Soest: Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP).
- Spijkerman, A. B. (2013, december 12). *Diabetes mellitus*. Opgehaald van Nationaal kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/beschrijving/>
- Staveren, R. (2014). Patiëntgericht communiceren, wat en waarom? *Psychopraktijk*, 18.
- UMC Utrecht. (2015). *Perifeer Vaatlijden*. Opgehaald van UMC Utrecht Hart- en vaatcentrum: <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Hart-en-vaatcentrum/Ziektebeelden,-onderzoeken-en-behandelingen/Perifeer-vaatlijden>
- Unantenne, N. W. (2013, december). The strenght to cope: spirituality and faith in chronic disease. Opgeroepen op december 7, 2015
- University of Twente. (2015, april 3). *Voorbeeld Informed Consent Formulier (NL)*. Opgehaald van University of Twente:

<https://www.utwente.nl/organisatie/structuur/faculteiten/bms/onderzoek/formulieren-en-downloads/voorbeeld-informed-consent-formulier.pdf>

Ursum, J., Hek, K., Spronk, I., Nielen, M., Davids, R., & Verheij, R. (2013, december 16). *Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en bij wie?* Opgeroepen op november 19, 2015, van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: <http://www.nivel.nl/NZR/hv-zkt>

Vaartjes, I., Dis, v. I., & Bots, M. (2011). *Cijfers en feiten, hart- en vaatziekten bij vrouwen en mannen*. Opgeroepen op oktober 27, 2015, van Hartstichting: <https://www.hartstichting.nl/downloads/factsheet-vrouwen-en-mannen>

van Marwijk, F. (2012). *De plaats aan tafel*. (Bodycom Lichaamscommunicatie) Opgehaald van Lichaamstaal.nl: <http://www.lichaamstaal.nl/plaats.html> Lichaamstaal.nl

Verberk, F., & Merks, A. (2013). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Verhoeven, N. (2012). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Voogdt-Pruis, H., & Gorgels, T. (2010). Hoe ervaren hoogrisicopatienten CVRM door een praktijkondersteuner? *Tijdschrift praktijkondersteuner*, 136-143.

Weert, H. (2008, december). Depressie: een nieuwe risicofactor voor hart- en vaatziekten. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3, 154-157.

Westhoff, M. (2012). *Begrip gezondheid*. Opgehaald van ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/begrip-gezondheid/>

Westhoff, M. (2012). *Parel voor nieuw concept gezondheid*. Opgehaald van ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/parels/nieuw-concept-van-gezondheid/>

Witte, d. J., Berkers, N., & Visser, G. (2011). *Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen.

Zitvast, H. (2015). Van patiëntgericht naar patiënt-gedreven. *BijZijn-XL*, 19.

Bijlagen I t/m XI

Bijlage I: Zoekplan literatuur

Zoekstrategie

Voor het onderbouwen van het onderzoek is literatuuronderzoek gedaan. Om literatuur te kunnen zoeken is gebruik gemaakt van een zoekplan om literatuur te kunnen vinden. Na het formuleren van de onderzoeksvraag en deelvragen, zijn steekwoorden gevormd. Vervolgens zijn de steekwoorden omgezet in Nederlandse en Engelse zoektermen.

STAP 1: FORMULERING VAN DE PROBLEEMSTELLING

Hoofdvraag	:	Hoe beïnvloedt zingeving leefstijlverandering bij mensen met een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus, COPD en/of astma?
Deelvragen	:	1. Welke leefstijlveranderingen horen bij een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus en COPD? 2. Welke relatie bestaat er tussen zingeving en leefstijlverandering? 3. Wat is de rol van zelfmanagement bij leefstijlverandering?

STAP 2: GLOBALE AFBAKENING VAN HET ONDERWERP

Periode	:	2005 t/m 2016
Plaats	:	Nederland
Taal	:	Nederlands, Engels

STAP 3: ORIËTERING OP HET ONDERWERP

Vaktermen	Trefwoorden	Engelse termen
Spiritualiteit/zingeving Cardiovasculaire ziekte Coping Leefstijlverandering NSM-model Stressoren Zelfmanagement Hartrevalidatie	Definitie van spiritualiteit, invloed van spiritualiteit Definitie cardiovasculaire ziekte, oorzaak, behandeling, prognose Coping strategieën Leefstijlverandering Vijf variabelen van het NSM	Spirituality/meaning Cardiovascular Disease Cardiac (patient) Diabetes Lifestyle change Coping Self-management
Auteursnamen	Sleutelpublicaties	Organisaties
Verbeek, F	Verpleegkunde volgens het Neuman System Model	Van Gorcum
Bennet, P	Psychosociale hulpverlening aan patiënten met hart- en vaatziekten	Lemma BV Utrecht
Puchalski, Ferrel, Virani	Improving the quality of spiritual care as a dimension of a palliative care: The report of the consensus conference faculty 2009.	

STAP 4 EN 5: ZOEKEN IN CATALOGI, DATABANKEN, INTERNET EN VERZAMELEN VAN INFORMATIE

Naam Databank: Gebruikte zoektermen: <u>Gespreks*</u> <u>Hulpverl*</u> _____																																						
Artikel <table border="1"> <thead> <tr> <th>Titel</th> <th>Tijdschrift</th> <th>Auteur</th> <th>ISSN</th> <th>Jaar + Jaargang</th> <th>Aflevering</th> <th>Blz</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Motiverende gespreksvoering in de hulpverlening</td> <td>JGZ</td> <td>Emst, A.J. van</td> <td>0165-1870</td> <td>2004, vol. 36</td> <td>2</td> <td>22-25</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6	Motiverende gespreksvoering in de hulpverlening	JGZ	Emst, A.J. van	0165-1870	2004, vol. 36	2	22-25	x	x			x	
Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6																										
Motiverende gespreksvoering in de hulpverlening	JGZ	Emst, A.J. van	0165-1870	2004, vol. 36	2	22-25	x	x			x																											
Naam Databank: BSL Vakbibliotheek Gebruikte zoektermen: <u>gesprekstechnieken</u> <u>hulpverlening</u> _____																																						
Artikel <table border="1"> <thead> <tr> <th>Titel</th> <th>Tijdschrift</th> <th>Auteur</th> <th>ISSN</th> <th>Jaar + Jaargang</th> <th>Aflevering</th> <th>Blz</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bejegening van cliënten in de jeugdzorg</td> <td>Kind & Adolescent</td> <td>Nicole van Erve e.a.</td> <td>0167-2436</td> <td>2005, jrg. 26</td> <td>2</td> <td>227-238</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6	Bejegening van cliënten in de jeugdzorg	Kind & Adolescent	Nicole van Erve e.a.	0167-2436	2005, jrg. 26	2	227-238	x	x		x	x	
Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6																										
Bejegening van cliënten in de jeugdzorg	Kind & Adolescent	Nicole van Erve e.a.	0167-2436	2005, jrg. 26	2	227-238	x	x		x	x																											
Naam Databank: Gebruikte zoektermen: <u>Communication skills</u> <u>nurses</u> _____																																						
Artikel <table border="1"> <thead> <tr> <th>Titel</th> <th>Tijdschrift</th> <th>Auteur</th> <th>ISSN</th> <th>Jaar + Jaargang</th> <th>Aflevering</th> <th>Blz</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nurse-patient communication ; an exploration of patient's experiences</td> <td>Journal of Clinical Nursing</td> <td>C. McCabe</td> <td>0962-1067</td> <td>2004, vol. 13</td> <td>1</td> <td>41-49</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6	Nurse-patient communication ; an exploration of patient's experiences	Journal of Clinical Nursing	C. McCabe	0962-1067	2004, vol. 13	1	41-49	x	x	x	x	x	
Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6																										
Nurse-patient communication ; an exploration of patient's experiences	Journal of Clinical Nursing	C. McCabe	0962-1067	2004, vol. 13	1	41-49	x	x	x	x	x																											

Naam Databank: *Cochrane*

Gebruikte zoektermen:

Communication skills

Care givers

Needs assessment (MeSH descriptor)

Artikel

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Communication skills training for health professionals working with cancer patients	Cochrane	D. Fellowes e.a.	Nvt	2004	nvt	nvt	X	X		X	X	

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen:

Self-management chronic illness

Artikel

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Processes of self-management in chronic illness.		Schulman-Green, D. e.a.	n.v.t.	2012			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen:

Lifestyle change

Cardiovasculair disease

Artikel

Titel	Auteurs	ISBN	Jaar	1	2	3	4	5	6
Behavioral Change Challenges in the Context of Center-Based Cardiac Rehabilitation: A Qualitative Study	Jokar, F., e.a.	n.v.t.	2015	X	X	X		X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen:

Heart disease

Change lifestyle

Artikel

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change		Peterson, J.C., e.a.		2010			X	X	X	X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Spiritual coping

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study.		Pargament, K.I., e.a.		2004			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Spiritualiteit

Gezondheid

Artikel

Titel	Auteurs	ISSN	Jaar	1	2	3	4	5	6
Religie, spiritualiteit en gezondheid	Heck, van, G., Uden, van, R.	1876-8741	2005	X	X	X	X	X	X

Naam Databank: *Google Scholar*

Gebruikte zoektermen: Religious coping

Heart disease

Artikel

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Religious Coping and Heart Transplantation: From Threat to Health	Journal of Religion and Health	Sears, S., F. e.a.		1997	36	345	X	X	X	X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Lifestyle change

Meaning

Artikel

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time.		Baldacchino, D.		2011			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Religious coping style
cardiac

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Psychosocial mediation of religious coping styles: a study of short-term psychological distress following cardiac surgery.		Ai, A. e.a.		2007			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Diabetes
Self-management

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease.		Unantenne, N. e.a.		2013			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Springer*

Gebruikte zoektermen: Spiritualiteit
Gezondheid

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Spiritualiteit in de gezondheidszorg.				2008			X	X		X	X	X

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen: Spiritual care

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference				2009			X	X	X	X	X	X

Naam Databank:

Gebruikte zoektermen: Hart- en vaatziekten Nederland
Hartstichting

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Hart-en vaatziekten Nederland				2013			X	X	X		X	X

Naam Databank:

Gebruikte zoektermen: Nationaal Kompas
Hart- en vaatziekten

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
De ziekte en de determinanten Wat zijn hart- en vaatziekten en welke factoren beïnvloeden de kans op hart- en vaatziekten?				2015			X	X	X		X	X

Naam Databank:

Springerlink

Gebruikte zoektermen: Leefstijl + Diabetes

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Gezonde leefstijl helpt in strijd diabetes	Mednet	Bohn Staflou van Loghum		2011, jaargang 4		11			X			X

Naam Databank:

Springerlink

Gebruikte zoektermen: Leefstijl + CVA

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Is een CVA te voorkomen?	Huisarts en Wetenschap	L. Broekhuizen		2014, jaargang 57		444			X			X

Naam Databank:

Gebruikte zoektermen: Leefstijl + cardiovasculaire ziekten

Leefstijl + hart- en vaatziekten

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Leefstijladviezen	Bijblijven	D. de Kleijn		2013, jaargang 29		23-36			X			X

Naam Databank:

Google

Gebruikte zoektermen: Overheid + gezondheid en gedrag

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG)	De Eerstelijns	W. Koning		2015		20-21			X			X

Naam Databank:

Google

Gebruikte zoektermen: Leefstijladvies hart- en vaatziekten

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Leefstijladvies moet effectiever	Medisch Contact	W. Scharwächter	N	2010, nr. 12		549-551	X	X	X	X	X	X

Naam Databank:

Google

Gebruikte zoektermen: Praktijkondersteuner, CVRM

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Hoe ervaren hoogrisicopatiënten CVRM door een praktijkondersteuner?	Tijdschrift praktijkondersteuner	H. Voogdt-Pruis		200		136-143	X	X	X		X	X

Naam Databank: Google
Gebruikte zoektermen: Fenomenologische analyse

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISS N	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering	KWALON	H. v/d Meide		2014		72	1	2	3	4	5	6
							X	X	X		X	X

Naam Databank: Google
Gebruikte zoektermen: Invloed omgeving + interview

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISS N	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Interviewen in de aanwezigheid van een derde, een methodologische gevalsstudie	KWALON	H. Boeije		2005, jaargang 10		35	1	2	3	4	5	6

Naam Databank: Google
Gebruikte zoektermen: Interviewtechnieken

Artikelen

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISS N	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz	1	2	3	4	5	6
Methoden en Technieken in kwalitatief onderzoek	KWALON	J. Male		2011, themanummer 2			1	2	3	4	5	6

Bijlage II: Meetinstrument

Open interview

Plaats

De interviews vinden plaats binnen de maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ) bij patiënten die bij de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk en in de wijkverpleging komen. De interviews zullen bij de respondenten van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk gehouden worden.

Vorbereiding

Vooraf aan het interview zal bekendheid gegeven worden aan dit onderzoek door middel van het plaatsen van een informatieposter. Deze poster komt te hangen op de plek waar de te interviewen doelgroep zich bevindt. Ter voorbereiding op het interview wordt de geluidsrecorder minimaal één week vooraf aan het eerste interview verzameld. Op de dag van het interview wordt er gezorgd voor een juiste interview-opstelling. Ook wordt er gezorgd voor een kopje koffie en/of thee. Een geluidsrecorder wordt klaargezet en de accu is opgeladen en reserve accu's zijn aanwezig. Het informed consent formulier wordt voor ieder interview klaargelegd.

Opstelling

De te interviewen deelnemer en de onderzoeker zullen in de huisartsenpraktijk ten opzichte van elkaar in een hoek van negentig graden zitten. Dit is een juiste positie om een persoonlijk gesprek te voeren (van Marwijk, 2012).

Rol van de interviewer

De interviewer verwelkomt de respondent en biedt een kop koffie of thee aan. Vervolgens geeft de interviewer meer informatie over zichzelf en legt het doel van het interview uit. De interviewer geeft aan dat het interview ongeveer een uur zal duren. Nadat de nodige informatie verstrekt is, laat de interviewer het 'informed consent' formulier ondertekenen en tekent deze zelf ook. De interviewer laat de respondent het formulier met persoonsgegevens invullen (zonder vooraf aan de analyse te bekijken) en laat het 'informed consent' formulier ondertekenen. De onderzoekers die niet bij het interview aanwezig zijn, zullen vóór het interview al de informed consent formulieren tekenen. De interviewer zorgt ervoor dat camera's en/of geluidsapparatuur aanstaan.

Inhoud interview

De interviewer begint het niet-gestructureerde interview met een open startvraag:

“Wat betekent/betekende de leefstijlverandering voor u?”

Vanuit deze open startvraag kan de respondent zelf vanuit zijn ervaring gaan vertellen. De interviewer zal afhankelijk van wat de respondent zegt nog een vervolg openvraag stellen om de open startvraag meer te verdiepen en omdat dit aansluit bij de hoofdvraag van dit onderzoek:

“Wat gaf u kracht tijdens het veranderen van uw leefstijl?”

Voor het interview is een lijst opgesteld met topics die tijdens het interview aan bod kunnen komen, namelijk relatie tot zichzelf, relatie tot God/hogere macht, relatie tot andere mensen en relatie tot de natuur. Hierbij is de definitie van zingeving van Pulchalski & Ferrel (2010) het uitgangspunt. In de topiclijst zijn een aantal *voorbeeldvragen* opgenomen, echter de interviewer kan de vraagstelling zelf kiezen en volgt alleen de doelstelling van de onderzoekers. De antwoorden van de respondent worden als basis gebruikt bij het stellen van vervolgvragen (Mortelmans, 2007) na de eerste twee vragen. Op de volgende pagina

Tabel 1: Meetinstrument

Topic	Voorbeeldvragen
Relatie tot zichzelf (zelfbeeld/ zelfmanagement)	❖ Haalde u tijdens de leefstijlverandering kracht uit uzelf? Zo ja, hoe?
Relatie tot God/hogere macht (levensovertuiging)	❖ Wat is uw levensovertuiging? Welke rol heeft het gespeeld bij de leefstijlverandering?
Relatie tot andere mensen	❖ Welke personen speelden een rol bij de leefstijlverandering in uw leven? Hoe speelden zij een rol?
Relatie tot natuur	❖ Haalde u tijdens de leefstijlverandering kracht uit de natuur? Zo ja, hoe?

Kortom, het interview zal grotendeels verlopen aan de hand van wat de respondent zegt. De interviewer probeert het interview zo min mogelijk te beïnvloeden en zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen. Tijdens het interview worden geen vaste, gesloten interview vragen gesteld, maar open vragen (Mortelmans, 2007).

Bijlage III: Informed consent formulier

TOESTEMMINGSVERKLARINGSFORMULIER (INFORMED CONSENT) (University of Twente, 2015)

Titel van het onderzoek: 'Zingeving en leefstijlverandering bij cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus en COPD'.

Verantwoordelijke onderzoekers: L. Janssen-Niemeijer, S. van den Brink, C. H. Greving, R. Saathof.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat film-, foto, en/of videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of presentaties zal worden gebruikt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:..... Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: L. Janssen-Niemeijer

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker: S. van den Brink

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker: C.H. Greving

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker: R. Saathof

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage IV: Analyse interview 1

Analyseschema 1:

Huidige ziektebeelden/aandoeningen Suikerziekte (x) (1.1) Maagdarm problemen (x) (1.2) Tumor linker nier (x) (1.3) Oorproblemen (x) (1.4) Artrose (x) (1.6) Korte termijn geheugen (x) (1.47)	Acceptatie Overgeven (x) (1.7) Inleveren (x) (1.13) Aanvaarden (xxx) (1.22, 1.28, 1.40) Geen moeite met leefstijlregelvoeding (xx) (1.15, 1.29) Afhankelijkheid (xx) (1.28, 1.52)	Gevolgen ziekte Moeilijk leven (x) (1.36) Niet kunnen (xx) (1.7, 1.23) Vrijwilligerswerk moeten inleveren (x) (1.19) Planning (xx) (1.4, 1.8) Achteruitgang (x) (1.19) Aan zichzelf denken (xx) (1.20, 1.21)
Bezig willen zijn Helpen ondanks eigen beperkingen (xxxx) (1.11, 1.16, 1.18, 1.19) Bezig zijn/ bezig iemand (xx) (1.16, 1.28) Kaarten kunnen maken (x) (1.54) Genieten van (achter)kleinkinderen (xx) (1.37, 1.41) Oma zijn voor kleinkind (x) (1.39)	Hulpbronnen Familie betekent heel veel (xx) (1.11, 1.50) Hulp van familie/ elkaar helpen (xxxx) (1.9, 1.11, 1.12, 1.26) Leger des Heils (x) (1.43) Bezoek (xx) (1.42) Bidden (x) (1.23) Kracht van boven (x) (1.49) Hoop (x) (1.45) (Christelijke) muziek (xx) (1.44, 1.47) Bijzondere teksten (x) (1.42)	Gedachten Kwaadheid (xx) (1.43, 1.45) Positief denken (xx) (1.5, 1.12) Geen negatieve gedachten (x) (1.53) Niet bang voor de dood (x) (1.46) Zelfmoordgedachten (x) (1.49)

Kernthemaschema 1:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingeving
- Huidige ziektebeelden/aandoeningen - Gevolgen ziekte - Gedachten	- Acceptatie - Bezig willen zijn - Hulpbronnen

Samenvatting 1:

Factoren leefstijlverandering

De respondent beschrijft heel aantal ziektebeelden wat ze heeft, zowel (waarschijnlijk) ten gevolge van de leefstijl: Diabetes type 2 (1.1), als ziekten waarvan niet duidelijk is of deze door de leefstijl komen (maag-darmziekte, tumor nier) en ziekten die niet het gevolg kunnen zijn van leefstijl: artrose, oorproblemen en een psychiatrisch probleem in het verleden en geheugenproblemen nu (1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 1.47).

Vervolgens worden factoren benoemd die te maken hebben met de huidige leefstijlverandering. De respondent beschrijft de gevolgen van de ziekten, op het gebied van acceptatie van de ziekte (1.7), het moeten inleveren van de zelfredzaamheid (1.13), het moeten aanvaarden van de achteruitgang (1.22, 1.28, 1.40) en het ervaren van afhankelijkheid (1.28, 1.52).

Er wordt over interventies wat voeding betreft gesproken. De respondent is bewust van de voedingsinterventies bij diabetes type 2, door mager voedsel te nemen en minder tussendoortjes te nemen. Hier heeft de respondent geen moeite mee (1.15, 1.29).

Het leven met de verschillende ziektebeelden zorgt voor moeite (1.36), omdat de respondent minder kan doen (1.7, 1.23) dan vroeger. Een grote stressor (wordt vaak genoemd) lijkt de planning te zijn rondom de aanpassing van het leven rondom de diverse ziektebeelden: door verschillende onderzoeken, is een goede planning nodig (1.4, 1.8). De respondent vindt het lastig dat ze door de achteruitgang haar vrijwilligerswerk moet inleveren (1.19). Door haar ziekte kan de respondent minder goed anderen helpen en door bloedsuikercontroles veel meer aan zichzelf denken (1.20, 1.21), wat de respondent niet prettig vindt.

Hulpbronnen

De respondent benoemt een aantal gedachten rondom de leefstijlverandering: kwaadheid (1.43, 1.45), positief denken (1.5, 1.12), geen negatieve gedachten hebben (1.53), niet bang zijn voor de dood (1.46) en zelfmoordgedachten (1.49).

De leefstijlveranderingen rondom de ziektes belemmeren de respondent gedeeltelijk in het bezig willen zijn. De respondent typeert zichzelf als een bezig iemand (1.16, 1.28). Ondanks de belemmeringen door de ziektebeelden, probeert de respondent anderen te helpen door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te doen (1.11, 1.16, 1.18, 1.19), waardoor de respondent ervaart veel liefde terug te krijgen. Andere vormen van zingeving die benoemd worden, zijn kaarten maken (1.54), genieten van (achter)kleinkinderen (1.37, 1.41) en een oma zijn voor het kleinkind (1.39). De familie betekent heel veel voor de respondent (1.11, 1.12, 1.26), vooral het hulp krijgen en ook het elkaar helpen (1.11, 1.50) is hierbij belangrijk voor de respondent. Op spiritueel gebied is het Leger des Heils (1.43) van belang, het krijgen van bezoek (1.42), het bidden door de respondent (1.23), kracht van boven (1.49), hoop 1.45) en (christelijke) muziek (1.44, 1.47) en bijzondere teksten (1.42), om kracht te ervaren rondom de leefstijlverandering en het leren accepteren van de leefstijlverandering in het leven van de respondent.

Bijlage V: Analyse interview 2

Analyseschema 2:

Huidige aandoeningen Diabetes (x) (2.3) Oorzaak diabetes: simvastatinegebruik (xx) (2.4, 2.9) Hoge bloeddruk (xx) (2.3, 2.12) Belasting van griep (x) (2.22) Pijnlijke knie (xx) (2.22, 2.31)	Medicatiegebruik Bijwerkingen medicijnen (xx) (2.15, 2.16) Zelfcontrole op medicijnen (x) (2.17) Sputen is mijn redding (x) (2.19) Medicijnen voor diabetes (xx) (2.18, 2.20) Hogebloeddrukmedicatie (x) (2.21)	Leefstijlaanpassingen Nu weinig problemen met leefstijlaanpassingen (x) (2.13) Therapietrouw (xx) (2.33, 2.34) Koolhydraatarm dieet (xxxx) (2.30, 2.47, 2.49, 2.50) Keuzes maken met eten (xx) (2.46, 2.50) Beweging (fietsen, wandelen) (xxx) (2.30, 2.31, 2.32) Beweging is geen hobby (2.32) Regelmaat (xx) (2.25, 2.26)
Altijd bezig willen zijn Veel gewerkt (xxxx) (2.24, 2.38, 2.39, 2.63) Actief willen blijven (xxx) (2.25, 2.53, 2.64) Leuke activiteiten doen (xx) (2.51, 2.52)	Goed en zinvol leven Zich goed willen voelen (xx) (2.35, 2.36) Gezond willen zijn (xx) (2.43, 2.67) Dag invulling geeft zin (xxx) (2.54, 2.55, 2.61) Goede dingen doen (x) (2.60) Andere mensen helpen (x) (2.60, 2.65, 2.67)	Persoonlijke motivatie Er wat van maken (x) (2.23) Moeten (volhouden en veranderen) van zichzelf (xxxx) (2.27, 2.28, 2.29, 2.63) Stabiel persoon (x) (2.29) Anders ga ik dood (2.29) Niet meer gelovig (xx) (2.56, 2.58) Goed sociaal netwerk (xxxx) (2.37, 2.61, 2.67, 2.68)

Kernthemaschema 2:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingeving
- Huidige aandoeningen - Medicatiegebruik - Leefstijlaanpassingen	- Altijd bezig willen zijn - Goed en zinvol leven - Persoonlijke motivatie

Samenvatting 2:

Factoren leefstijlverandering

Ziektebeelden

De respondent beschrijft als eerste dat zij 'suiker' heeft sinds het gebruiken van simvastatine (2.3, 2.4). De respondent gaf aan dat zij tijdens de overgang hoge bloeddruk heeft gekregen (2.12). Op dit moment geeft de respondent aan last te hebben van de griep en een pijnlijke knie (2.22, 2.31). De respondent baalt ervan dat deze klachten haar beperken in het bewegen, dat zo goed is voor de 'suiker' (2.30, 2.31, 2.32).

Leefstijlverandering

De respondent geeft dat ze nu weinig moeite heeft met het de leefstijlaanpassingen (2.13). Uit het interview blijkt dat ze therapietrouw is in de medicatie die ze slikt (2.33, 2.34). De respondent vertelt dat ze medicatie gebruikt voor de hoge bloeddruk (2.21) en de diabetes (2.18, 2.20). Het spuiten van insuline naast het orale medicatie bij de diabetes benoemt de respondent als haar redding (2.17).

Belemmeringen

De respondent vertelt daarbij dat ze last heeft en heeft gehad van (bij)werkingen van medicijnen (2.15, 2.16). Daarom controleert ze de samenstelling van de medicijnen zelf (2.17). De respondent geeft aan dat ze de leefstijlverandering vooral ook inhoudt dat ze altijd moet denken.

De respondent geeft aan dat ze haar leefstijl heeft ‘moeten’ veranderen omdat ze wil volhouden (2.27). Het wandelen en fietsen is niet haar hobby, maar ze doet omdat het moet (2.32). De respondent geeft aan dat ze ook met betrekking tot het eten keuzes moeten maken (2.46, 2.50) en dat ze zich houdt aan een koolhydraatarm dieet (2.30, 2.47, 2.49, 2.50). De respondent geeft aan dat regelmaat haar helpt om minder te hoeven denken (2.25, 2.26).

Invloed zingeving

Hulpbronnen

De respondent heeft vroeger veel gewerkt (2.24, 2.38, 2.39, 2.63) en wil nog steeds zo actief mogelijk blijven (2.25, 2.53, 2.64). Ze werkt nog steeds vijf ochtenden in de week bij haar dochter en doet daarnaast ook leuke activiteiten zoals musea bezoeken (2.51, 2.52).

Op meerdere momenten tijdens het interview herhaalt ze hoe dag invulling belangrijk voor haar leven is (2.54, 2.55, 2.61), het helpt haar ook om met de leefregels om te gaan. Ze vindt het belangrijk om de goede dingen (2.60) te doen die ze nog kan bijvoorbeeld andere mensen helpen (2.60, 2.65, 2.67). Het belangrijkste voor de respondent voor haar leven is dat ze gezond wil zijn (2.43, 2.67). Ze heeft de kracht om zich te houden aan de leefregels door zich goed te willen voelen (2.35, 2.36). Ze geeft aan met de regels die ze heeft wat van het leven te maken (2.23). Verder noemt ze een aantal keer dat ze van zichzelf moet volhouden en veranderen (2.27, 2.28, 2.29, 2.63). Ze geeft zelfs aan dat ze wel moet omdat ze anders doodgaat (2.29). In het interview geeft ze aan niet meer gelovig te zijn en daar dus geen steun uit haalt (2.56, 2.58). Ze heeft wel een goed sociaal netwerk (2.37, 2.61, 2.67, 2.68) en ze geeft aan dat ze altijd een stabiel persoon is geweest (2.29) en dat helpt haar ook.

Bijlage VI: Analyse interview 3

Analyseschema 3:

Gevoelens Fysiek geen moeite (3.14) Voelt zich niet ziek (3.5, 3.20, 3.35, 3.64) Meer balans in het leven (3.41) Anders eten is normaal geworden, niet meer bijzonder (3.35)	Gevolgen ziekte Medicatie nemen (3.5, 3.8) Dieet (3.9, 3.27) Naar diëtiste gaan (3.9) Bloeddruk laten meten (3.6)	Onvrede over medisch circuit Advies (3.13) In gesprek zijn (3.22, 3.48, 3.52) Overtuigen (3.22) Positieve accentueren (3.49)
Hulpbronnen Gewicht inspireert om door te zetten (3.54, 3.55) Stimulans door anderen (3.38) Risico's beginnen meer mee te spelen (3.36) Steun van vrouw (3.10, 3.34, 3.33) Bewegen (3.14) Bewustwording door dieet (3.9) Bewustwording door medisch circuit (3.46) Mentaal volhouden (3.31) Resultaat zien (3.28, 3.32) Hoge bloeddruk is trigger leefstijlverandering (3.65)	Medisch circuit Verzet tegen manier van handelen medisch circuit (3.11, 3.12) Er wordt niet meegedacht (3.11) Een ander bepaalt voor jou (3.13) Andere wereld (3.7) Geen klik met zorgverlener (3.50) Voelt zich er ook best goed bij (3.53) Anders mee omgaan (3.21)	Kwaliteit van leven Kwaliteit van leven hoog houden door dingen kunnen blijven doen (3.43, 3.44, 3.56, 3.61) Gezondheid (3.58) Goede conditie (3.59) Geestelijk: meedoen in de maatschappij (3.62) Niet aftakelen (3.57) Zelf regie houden (3.11, 3.27, 3.42, 3.47)
Algemene gegevens Hoge bloeddruk (3.2) 61 jaar (3.1)	Belemmeringen Baan met bepaalde druk (3.16) Wil weer van de medicatie af (3.11) Zelf één pil eraf gehaald (3.11) Geen acceptatie (3.23)	Geen spiritualiteit bij leefregels Geen spiritualiteit/zingeving (3.40) Geen kracht en hoop bij leefregels (3.35)

Kernthemaschema 3:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingeving
• Gevolgen ziekte • Algemene gegevens • Gevolgen ziekte • Belemmeringen • Medisch circuit • Onvrede over medisch circuit • Gevoelens	• Geen spiritualiteit bij leefregels • Hulpbronnen • Kwaliteit van leven

Samenvatting 3:

Leefstijlverandering

Dhr. is 61 jaar en heeft hoge bloeddruk. heeft medicatie voor de hoge bloeddruk (3.5,3.8). Dhr. heeft ook een koolhydraat-arm dieet om een gezond gewicht te bereiken (3.9, 3.27). Hiervoor is hij één keer bij de diëtiste geweest (3.9). Anders eten is normaal geworden, niet meer bijzonder (3.35). Verder moet dhr. op regelmatige basis de bloeddruk laten meten (3.6). Het medisch circuit is een nieuwe wereld voor dhr. (3.7). Dhr. voelt verzet tegen de manier van handelen binnen het medisch circuit (3.11, 3.12). Volgens dhr. wordt er niet meegedacht (3.11), wordt er door een ander voor hem bepaald (3.13), is er geen klik met de zorgverlener (3.50). Ook vind dhr. dat men in deze tijd er anders mee om moet gaan (3.21). Maar dhr. geeft ook aan dat het niet alleen 'doemdenken' is en dat hij zich er ook best goed bij voelt (3.53). Dhr. zou liever zien dat er advies gegeven werd (3.13), dat er veel gesprek tussen hulpverlener en patiënt plaatsvindt (3.22, 3.48, 3.52), dat de hulpverlener de patiënt probeert te overtuigen zodat er acceptatie is bij de patiënt (3.22). Ook vindt dhr. het belangrijk dat het accent op de positieve ontwikkelingen van de patiënt ligt (3.49).

- Ziektebeleving

Dhr. ervaart fysiek geen moeite (3.14), voelt zich niet (chronisch) ziek (3.5,3.20,3.35, 3.64). Dhr. ervaart meer balans in het leven (3.41)

Belemmeringen

Dhr. geeft aan een baan met bepaalde druk (3.16) te hebben. Zegt echter niet dat dit hem belemmert bij de leefstijlverandering. Dhr. wil weer van de medicatie af (3.11) en heeft daarom ook op eigen initiatief één van zijn pillen eraf gehaald (3.11). Toen de bloeddruk bij controle hoog was is het tabletje er weer bij gekomen. Dhr. geeft aan geen acceptatie te ervaren (3.23) en is niet helemaal tevreden met de hulp die hij krijgt van de hulpverlener(s). Zie kopje 'leefstijlverandering'.

Hulpbronnen (4 vormen van zingeving)

- Andere mensen

Dhr. voelt zich gestimuleerd door positieve opmerkingen van anderen (3.38). Ook ervaart dhr. veel steun van zijn vrouw (3.10, 3.34, 3.33). Door het medisch circuit is dhr. zich bewust geworden van het feit dat er maatregelen ondernomen moesten worden (3.46).

- Zichzelf

Dhr. wordt door zijn gewicht geïnspireerd om door te zetten (3.54, 3.55). Bewegen is belangrijk voor dhr. (fietsen, zwemmen) (3.14). Dhr. is zich bewust van de risico's van een hoge bloeddruk, dezen beginnen meer mee te spelen (3.36). Bewustwording door dieet (3.9) Hoge bloeddruk is een trigger geweest voor het veranderen van de leefstijl (3.65). Dhr. vindt het belangrijk om mentaal vol te houden (3.31) en wordt gestimuleerd door het zien van resultaat (3.28, 3.32).

- God/hogere macht

Spiritualiteit speelt geen rol bij ziektebeleving/leefstijlverandering (3.40, 3.35)

- Natuur

X

Kwaliteit van leven

Het is voor dhr. belangrijk dat hij dingen kan blijven doen, dat is voor hem kwaliteit van leven (3.43, 3.44, 3.56, 3.61). Verder vindt hij gezondheid (3.58), een goede conditie (3.59), niet aftakelen (3.57), mee kunnen doen in de maatschappij (3.62) belangrijk. Zelf regie houden (3.11, 3.27, 3.42, 3.47) is ook belangrijk voor dhr.

Bijlage VII: Analyse interview 4

Analyseschema 4:

Huidige aandoeningen Hoge bloeddruk/te hoog cholesterol (x) (4.1) Hoge bloeddruk verergert bij stress (x) (4.5) Wisselende cholesterol waarde (x) (4.12)	Leefstijlaanpassingen Medicatiegebruik hoge bloeddruk/cholesterol (xx) (4.6, 4.18) Leefstijlaanpassing voeding (xx) (4.4, 4.11) Is therapietrouw (xx) (4.8, 4.21) Lichamelijke reactie therapieontrouw (x) (4.9) In de gaten houden (4.21) Controle bloeddruk prettig (xx) (4.14, 4.22) Niet bezig met stoppen met roken (x) (4.16) Sport niet/ Beweegt genoeg (x) (4.19) Niet veel moeite met leefstijlverandering (xx) (4.8, 4.21) Is je overkomen (x) (4.10) Mee moeten omgaan (x) (4.10) Soms ongezond eten/uitspattingen moet kunnen (xxx) (4.13, 4.29, 4.34)	Hulpbronnen Goede begeleiding huisarts (x) (4.20) Hulp vrouw leefstijlverandering voeding (x) (4.17) Grote invloed vrouw verminderen stress (x) (4.33) Belang samen leefstijlverandering doen (x)(4.34) Gevoel van rust door mindfulness (x) (4.37) Geen angst toekomst (x) (4.23) Therapieën hielpen bij leefstijlverandering/bloeddrukverlaging (xx) (4.31, 4.18) Basis religie belangrijk (x) (4.27) Hoop goede toekomst kinderen/Geen verband leefstijlverandering en hoop (x) (4.25) Geen ondersteuning religie gezondheid (x) (4.28)
Leefstijlverandering veranderde kijk naar het leven Is zelf makkelijker geworden (x) (4.38) Is makkelijker naar dingen gaan kijken (x) (4.24, 4.29) Moet leven ondanks risico's (x) (4.30) Hartaanval kan iedereen overkomen (x) (4.26)		

Kernthemaschema 4:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingeving
- Huidige aandoeningen - Leefstijlaanpassingen - Therapietrouw zijn - Geen moeite leefstijlveranderingen - Uitspattingen zijn niet erg	- Steun vrouw - Mindfulness (rust) - Geen verband met religie - Kijkt makkelijker tegen leven aan na leefstijlverandering

Samenvatting 4:

De respondent heeft een hoge bloeddruk en een te hoog of wisselend cholesterol (4.1, 4.12). De bloeddruk verhoogt bij stress (4.5).

Als leefstijlaanpassingen wordt genoemd, het gebruik van medicatie tegen een hoge bloeddruk of cholesterol (4.6, 4.18) en leefstijlaanpassingen in de voeding (4.4, 4.11). De respondent geeft aan dat hij therapietrouw is (4.8, 4.21) en de medicatie inneemt. Als de respondent dit niet doet, bemerkt hij gelijk een lichamelijke reactie (4.9). De respondent benoemt de leefstijlverandering ook als het in de gaten houden van zijn gezondheid (4.21). Hij vindt het daarbij prettig dat zijn bloeddruk regelmatig gemeten wordt (4.14, 4.22).

De respondent is niet bezig met het stoppen met roken (4.16), alhoewel hij hier wel op wordt gewezen door bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige. Hij sport niet, maar vindt dat hij genoeg beweegt (4.19). De respondent zegt niet veel moeite te hebben met leefstijlverandering (4.8, 4.21). Hij benoemt leefstijlverandering als iets wat je is overkomen (4.10) en waar je mee moet omgaan (4.10). Soms ongezond eten of andere "uitspattingen", moeten kunnen, vindt hij (4.13, 4.29, 4.34).

De hulpbronnen die naar voren komen, zijn een goede begeleiding van de huisarts (4.20), de hulp van de vrouw van de respondent bij de leefstijlverandering op voedingsgebied (4.17), de grote invloed van de vrouw van de respondent op het verminderen van stress (4.33) en het belang van het samen uitvoeren van leefstijlverandering (4.34). De respondent ervoer door mindfulness (4.37), een gevoel van rust. Therapieën hielpen bij leefstijlverandering, omdat het de bloeddruk verlaagde (4.18) en stress tegenging (4.31). De respondent heeft geen angst voor de toekomst (4.22).

De basis van de religie is belangrijk (4.27) voor de respondent. Ook hoopt hij dat zijn kinderen een goede toekomst hebben, maar dit heeft geen verband met leefstijlverandering (4.25). Religie ondersteunt ook niet bij de gezondheid (4.28).

Door de leefstijlverandering lijkt de zingeving ook te zijn veranderd van de respondent. De respondent benoemt dat hij zelf makkelijker is geworden (4.38) en makkelijker naar dingen is gaan kijken (4.24, 4.29) en moet leven ondanks de risico's (4.30). Een hartaanval kan namelijk iedereen overkomen (4.26).

Bijlage VIII: Analyse interview 5

Analyseschema 5:

Ziektebeeld Hoge bloeddruk (xx) (5.2, 5.5) Klachten hoge bloeddruk (xx) (5.6, 5.10) Risico hoge bloeddruk (xx) (5.8, 5.32) Leefstijl moeten aanpassen (x) (5.10) Hartproblemen in de familie (x) (5.26)	Leefstijlaanpassingen Door medicatie opgeknapt (x) (5.9) Geen grapefruitsap bij de medicatie (5.28) Moeten wandelen (xx) (5.16, 5.17) Voedingsinterventies (xxx) (5.22, 5.24, 5.29) Belang van dieet houden (xx) (5.25, 5.26) Met weinig zout koken (x) (5.22) Gewicht bewaken (x) (5.22)	Bloeddruk verhogende factoren Bezig zijn (voor anderen) (xxx) (5.11, 5.12, 5.21) Drukte (xx) (5.11, 5.14) Energiek zijn (xx) (5.11, 5.30) Stress (xx) (5.14, (5.15))
Stress verminderende factoren Rust (moeten) nemen (xxxx) (5.12, 5.13, 5.16, 5.20) Lastig om rust te nemen (x) (5.30) Dingen van de agenda schrappen (x) (5.13) Even wat anders doen (xx) (5.20, 5.43) Tijd voor mezelf (x) (5.20) Lezen (xx) (5.43, 5.45) Bakken en koken (x) (5.43) Dol op creatief bezig zijn (x) (5.45)	Intrinsieke motivatie Wetenschap dat ik niet de enige ben (5.31) (x) Gezondheid willen bewaken (xx) (5.31, 5.38) Bewustwording problematiek (x) (5.41) Verantwoordelijkheid (voelen) gezin (xx) (5.31, 5.36)	Invloed religie bij leefstijl Kracht om vol te houden (x) (5.34) Dagelijks vragen om kracht (x) (5.36) Dankbaarheid voor behandeling (xx) (5.34, 5.35) Meer kwaliteit van leven gekregen (x) (5.35) Goed voor je lichaam zorgen (x) (5.36) God (nog) niet gauw betrekken bij leefstijl (xx) (5.38, 5.40) God willen vragen om discipline (x) (5.39)
Sociale hulpbronnen Gezin, familie helpen herinneren (x) (5.41) Kunnen praten met een broer met hoge bloeddruk (x) (5.42) Steun van goede vriendin (x) (5.42)		

Kernthemaschema 5:

1. Factoren leefstijlverandering • Ziektebeeld • Bloeddruk verhogende factoren • Stress verminderende factoren • Leefstijlaanpassingen	2. Invloed zingevingfactoren • Intrinsieke motivatie • Invloed religie bij leefstijl • Sociale hulpbronnen
--	---

Samenvatting 5:

Factoren leefstijlverandering

Ziektebeelden

Mw. heeft sinds ruim een jaar last van hoge bloeddruk (5.2, 5.5). De klachten die ze bij de hoge bloeddruk kreeg waren nekkachten, hoofdpijnlachten en kloppend, opgejaagd gevoel van binnen (5.6, 5.10). Ze geeft aan dat ze erg is geschrokken, omdat ze weet wat de risico's zijn van een hoge bloeddruk, doordat ze vroeger verpleegkundige van beroep is geweest (5.8, 5.32) en hoge bloeddruk en hartproblemen meer in haar familie voorkomen (5.10). Ze geeft aan dat vooral merkt op de momenten dat ze zich weer gejaagd voelt, dat ze haar leefstijl moet aanpassen (5.10).

Leefstijlverandering

Toen mw. met erg hoge bloeddruk bij de huisarts kwam, moest ze meteen medicatie gebruiken en door de medicatie is mw. opgeknapt (5.9). Bij deze medicatie mag ze niet meer grapefruitsap drinken, terwijl ze dat in de zomer zo lekker vindt (5.28). De huisarts heeft haar ook leefregels meegegeven, namelijk elke dag moeten wandelen (5.16, 5.17). Mw. geeft aan dat ze wandelen niet zo leuk vindt, maar wel voldoende beweging heeft op de fiets. Verder is mw. zich goed bewust van het belang van het houden aan een dieet (5.25, 5.26). Ze noemt een aantal voedingsinterventies (5.22, 5.24, 5.29): Ze kookt met weinig zout en probeert suiker te vermijden. Al sinds haar jeugd waarin ze overgewicht had, is ze bezig met het bewaken van haar gewicht (5.22), maar chocola en zoethoutproducten vind ze het meest lastigste om te laten staan. Volgens mw. is stress de meest belangrijke factor die de bloeddruk verhoogt. Ze noemt een aantal keer dat ze rust moet nemen (5.12, 5.13, 5.16, 5.20). Maar ze vindt het wel lastig om deze rust echt te nemen (5.30). Om rust te nemen schrapt ze dingen van de agenda (5.13) en zorgt ervoor dat ze even wat anders gaat doen (5.20, 5.43) bijvoorbeeld fietsen of gaat lezen (5.43, 5.45). Ze beseft dat tijd voor haar zelf dan het belangrijk is (5.20). Ze houdt verder van bakken en koken (5.43) en vooral om creatief bezig zijn (5.45).

Belemmeringen

Mw. vertelt dat ze een energiek persoon is (5.11, 5.30), die graag bezig is. Het meeste is ze bezig voor anderen (5.11, 5.12, 5.21). Dit zorgt ervoor dat ze veel drukte kan ervaren (5.11, 5.14) en dit zorgt voor stress (5.14, (5.15)

Hulpbronnen

Mw. vindt steun in de wetenschap dat ze niet de enige is met een aandoening (5.31). Ze wil graag haar gezondheid willen bewaken (5.31, 5.38) door zich bewust te zijn van de problematiek waar ze mee moet leren leven (5.41). Bovendien noemt ze twee keer dat ze een verantwoordelijkheid voelt voor haar gezondheid richting haar gezin (5.31, 5.36). Haar religie geeft haar kracht om vol te houden (5.34). Dagelijks ze vraagt ze om kracht om te leven (5.36). Ze noemt dat ze dankbaar is voor het feit dat de hoge bloeddruk op tijd ontdekt is (5.34) en dat ze geholpen is door de medicatie (5.35). Ze geeft aan meer kwaliteit van leven te hebben gekregen (5.35). Vanuit het christelijk geloof vindt mw. het belangrijk om ook goed voor je lichaam te zorgen (5.36). In het interview gaf mw. aan dat ze God zelf (nog) niet echt betreft bij haar leefstijl (5.38, 5.40). Ze gaf aan God wel te willen vragen om discipline om vol te houden (5.39). Naast de steun uit het geloof geeft mw. aan dat haar gezin, haar familie haar helpen herinneren (5.41). Verder kan ze ervaringen uitwisselen met haar broer met hoge bloeddruk (5.42). Ten slotte noemt ze dat ze steun ervaart van een goede vriendin doordat die ook ziek is geweest en ze samen kunnen delen wat ze moeilijk vinden (5.42).

Bijlage IX: Analyse interview 6

Analyseschema:

Ziektebeelden Astma (6.1) Altijd gezond geweest (6.6) Psoriasis/eczema (6.12) Geen allergieën (6.13) Reuma (6.16) Pas geopereerd (6.16)	Gezondheidsklachten Benauwd (6.3, 6.14, 6.15, 6.20) Klachten sinds longontsteking (6.5) Moe (klachten astma) (6.20, 6.22, 6.37) Beperking handen (6.24) Vaak gezondheidsklachten gehad (6.29)	Zingeving Christelijk (6.52) Bij behoefte de kerkdienst bezoeken (6.54) Geloof staat los van ziekte (6.55) Met geloof bezig voor zusje (6.56) Niet voor zichzelf bidden (6.57)
Belemmeringen Alles wegstoppen lukt niet (6.17) Rustig aan doen lukt niet altijd (6.30, 6.26) Medicijnen vergeten (6.44, 6.48) Breien en haken werkt niet rustgevend (6.75) Moeilijk balans pakken (6.83)	Hulpbronnen Nu trouw met medicatie-inname (6.44, 6.15, 6.19, 6.46) Samen met man medicijnen innemen (6.50) Profiteren van goede dagen (6.62, 6.31) Iets te doen moeten hebben (boek, radio, handwerk) (6.40, 6.73) Op de been gehouden door mensen uit omgeving (6.42, 6.65, 6.91) Ontspanning (6.70) Man helpt in rustiger aan doen (6.86, 6.93) ' Fijn om met anderen te kunnen praten (6.43) Waardevolle vriendschappen (6.66) Probeer wel rustiger aan te doen (6.83, 6.87)	Zichzelf Doe-mens (6.22) Niet mopperen (6.28) Zorgen voor familie (6.33, 6.36, 6.85) Pittige familieomstandigheden (6.38) Grenzen stellen (6.37) Het kan allemaal erger (6.35) Dingen voor zichzelf houden (6.39) Zichzelf wegcijferen (6.63, 6.61, 6.64) Iemand nodig hebben die zorgt (6.88) Minder doen (6.37)
Gevolgen ziekte Begeleiding verpleegkundige (6.15) Inleveren (6.22, 6.95, 6.68, 6.71) Gewichtstoename (6.23)	Gevoelens Boos worden door gezondheidsklachten (6.27) Blij met gezondheid (6.41) Nervositeit/onrust (6.68) Nervositeit (familieomstandigheden) (6.80) Zorgen hebben om minder longinhoud (6.78) Eigen klachten zijn wel lastig (6.81)	Algemene gegevens 66 jaar (6.7) 20 jaar geleden gestopt met roken (6.10)
Leefregels Pufjes voor astma (6.9) Gezond eten (6.23) Veel bewegen (6.24)		

Kernthemaschema 6:

Factoren leefstijlverandering	Invloed zingeving op leefstijlverandering
<u>Ziektebeelden</u> Astma, psoriasis/eczema en reuma	<u>Transcedent</u> Geloof staat los van de ziekte. Bidt niet voor zichzelf, wel voor anderen
<u>Leefregels</u> Medicatie voor astma, gezond eten en veel bewegen	<u>Zichzelf</u> Doe-mens Niet mopperen Zorgen voor familie als 'moederfiguur' Grenzen stellen Cijfert zichzelf weg: 'het kan allemaal erger' Dingen voor zichzelf houden Iemand nodig hebben die zorgt Minder doen
<u>Gevolgen ziekte</u> Begeleiding door een praktijkverpleegkundige, door de ziekte dingen in moeten leveren	<u>Anderen</u> Samen met man medicijnen innemen Man helpt in rustiger aan doen Op de been gehouden door mensen uit omgeving Fijn om met anderen te kunnen praten Waardevolle vriendschappen
<u>Gezondheidsklachten</u> Klachten zijn er sinds een longontsteking Veel moe zijn en benauwdheid door astma Beperking handen door reuma Heeft veel te maken gehad met gezondheidsklachten	

Samenvatting 6:

Factoren leefstijlverandering

Mw. heeft astma (6.1) en reuma (6.16). Daarnaast heeft mevrouw een huidaandoening (psoriasis/eczema) (6.12). Voor de astma krijgt mw. inhalatie medicatie. Mw. beweegt veel en probeert gezond te eten. Voor haar astma krijgt mevrouw begeleiding van een praktijkverpleegkundige (6.15). Ten gevolge van de astma heeft mevrouw benauwdheidsklachten (6.3, 6.14, 6.15, 6.20) en is veel moe (6.20, 6.22, 6.37). Mevrouw zegt deze klachten te ervaren sinds zij een longontsteking (6.5) gehad heeft. Mw. ervaart beperking in haar handen door de reuma (6.24). Mw. vindt het soms lastig om balans te pakken (6.83). Alle problemen wegstoppen lukt niet altijd (6.17). Rustig aan doen lukt mevrouw niet altijd (6.30, 6.26). Mevrouw vergeet af en toe haar medicijnen (6.44, 6.48). Mevrouw probeert rust te pakken maar bv. breien en haken werken voor haar niet rustgevend (6.75). Door de ziekte moet mw. dingen inleveren die zij voorheen wel kon doen. Zij wil dingen wel doen maar kan dit niet altijd meer. Hierdoor is zij wel eens boos (6.22, 6.95, 6.68, 6.71).

Hulpbronnen (4 vormen van zingeving)

Transcedent

Mevrouw is christelijk (6.52) en bezoekt bij behoefte de kerkdienst (6.54). Het geloof staat echter los van de ziekte voor mevrouw (6.55). Zij bidt niet voor zichzelf (6.57), wel voor anderen zoals haar ernstig zieke zusje (6.56).

Zichzelf

Mevrouw is een doe-mens (6.22). Alles moet snel, ook lopen. Zo neemt zij ook veel zorg van de familie op zich (6.33, 6.36, 6.85) door familie te bezoeken en een 'moederfiguur' te zijn. Mw. doet nu wel bewust minder (6.37, 6.70) en probeert rust te pakken (6.83, 6.87) door te gaan lezen of met de hond te wandelen (6.40, 6.73). Ook kan zij beter grenzen stellen (6.37). Mevrouw cijfert zichzelf snel weg (6.63, 6.61, 6.64). Zo vindt zij dat ze niet moet mopperen (6.28) omdat 'het allemaal erger kan (6.35)'. Mw. probeert nog zoveel mogelijk te profiteren van haar goede dagen (6.62, 6.31).

Anderen

Mw. haar man helpt in het rustiger aan doen (6.86, 6.93). Ook nemen zij tegelijk hun medicatie in bij het ontbijt (6.50). Mw. vergat haar medicatie vroeger wel eens, maar is hier nu trouw in (6.44, 6.15, 6.19, 6.46). Mw. houdt dingen sneller voor zichzelf dan dat zij ze aan anderen verteld (6.39). Wel heeft zij burens en waardevolle vriendschappen (6.66) waar zij haar verhaal kwijt kan. Ook geeft zij aan het fijn te vinden om met anderen te kunnen praten (6.43). Mw. geeft aan dat mensen uit haar omgeving haar op de been houden (6.42, 6.65, 6.91). En wel iemand nodig te hebben die ook voor haar zorgt (6.88).

Bijlage X: Analyse interview 7

Analyseschema 7:

Huidige aandoeningen	Leefstijlaanpassingen	Hulpbronnen
Diabetes type 2 (x) (7.2) Was zwangerschapsdiabeet (x) (7.11) Wisselende bloedsuikerspiegel (x) (7.48) Suikerspiegel snel van slag (x) (7.82) Meerdere lichamelijke problemen (x) (7.53)	Tabletgebruik (x) (7.5) Medicatieregulatie (x) (7.27) Zit tegen spuiten aan te hangen (xx) (7.6, 7.18) Mag niet spuiten van praktijkverpleegkundige ondanks moeheid (x) (7.35) Tabletten nemen is makkelijker (x) (7.37) Niet spuiten zolang het kan (x) (7.77) Vocht afdrijvende medicatie uit voorzorg (x) (7.14) Voedingsinterventie leefstijl (xxx) (7.8, 7.22, 7.72) Soms best iets ongezonds mogen nemen (xx) (7.8, 7.23) Bewegen voor bloedsuikerspiegel (7.9) Slechte wondgenezing (xx) (7.16, 7.55) Vermoeidheid (lastig) (xx) (7.17, 7.47) Gestopt met werken vanwege moeheid (7.20) Grens aangeven oppassen lukt niet goed (x) (7.45) Zich mooier voordoen (xx) (7.46, 7.51) Anderen houden geen rekening met leefstijlaanpassing (x) (7.25) Geen begrip familielid (x) 7.63) Niet tevreden over praktijkverpleegkundige (xxxxx) (7.30, 7.40, 7.32, 7.34, 7.39) Goed advies over diabetes willen krijgen (x) (7.38) Strijd bijwerking medicatie (x) (7.73) Onderhandelen apotheek (xx) (7.73, 7.75) Voor zichzelf opkomen apotheek (x) (7.79)	Heel gewoon mee omgaan (x) (7.17) Hoop opgegeven eraf te komen (x) (7.62) Moedig verder gaan (xx) (7.43, 7.62) Er zijn ergere dingen (x) (7.17) Je kan er niks aan doen (x) 7.62) Moeten accepteren (x) (7.69) Dingen afslaan moeheid (x) (7.21) Moet grenzen stellen (x) (7.49) Strak stramien hebben (voedingsinterventies leefstijl, dagstructuur) (xxxxx) (7.43, 7.44, 7.65, 7.66, 7.71) Doorzettingsvermogen (x) 7.65) Zelfdiscipline (x) (7.65) Karakter om leefstijl vol te houden (x) (7.67) Niet teveel tegelijk (x) (7.52) Medicatietrouw zijn (x) (7.43) Geen moeite met nee zeggen (x) (7.24) Oppassen goede afleiding (x) (7.19) Moet plezier in het leven houden (x) (7.80) Niet bij de pakken neer zitten (x) (7.83) Houvast andere diabetici (x) (7.27) Man helpt als mantelzorger (x) (7.41) Lucht op als man thuiskomt (x) (7.43) Afleiding/leuke dingen helpt (x) (7.52) Religie niks te maken met betekenis leven (x) (7.58) Veel houvast aan geloof (x) (7.59) Heeft nooit waaroms/strijd gehad (x) (7.59) Mooie muziek (x) (7.59) Geloof geeft kracht/rust (x) (7.59) Niet nagedacht over steun religie bij leefstijlverandering (x) (7.61) Geen kracht nodig leefstijlregels volhouden (x) (7.65) Begrip van anderen die bekend zijn met diabetes (xx) (7.50, 7.69) Eigen verhaal kwijt kunnen (x) (7.69)

Kernthemaschema 7:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingeving
• Medicatiegebruik • Bijwerkingen medicatie • Nog geen insuline spuiten • Voedingsinterventies leefstijl • Beweging • Vermoeidheid • Grenzen stellen • Begrip • Ontevredenheid hulpverlening • Voor zichzelf opkomen	De respondent zelf • Moeten accepteren • Moedig verder gaan • Zelfdiscipline • Karakter • Grenzen stellen • Strak stramien hebben • Geen moeite nee zeggen Anderen • Afleiding (oppassen, leuke dingen) • Hulp man • Begrip van anderen • Verhaal kwijt kunnen Religie • Religie geen rol in • Geloof geeft kracht • Niet nagedacht over verband religie en leefstijlverandering

Samenvatting 7:

Ziektebeeld

Het ziektebeeld van de respondent is diabetes type 2 (7.2). De respondent had hier een groot risico op, vanwege de zwangerschapsdiabetes in het verleden (7.11). De respondent heeft een wisselende bloedsuikerspiegel (7.48) die snel van slag is (7.82). Verder kampt de respondent met meerdere lichamelijke problemen.

Factoren leefstijlverandering

Als factoren van de leefstijlverandering, noemt de respondent het tabletgebruik (Metformine) (7.5) en de medicatieregulatie aan het begin van de ziekte (7.27). De respondent vertelt dat deze tegen het spuiten aan zit te hangen (7.6, 7.18). Toch mag er niet gespoten worden van de praktijkverpleegkundige, ondanks de moeheid die de respondent ervaart (7.35). Uiteindelijk concludeert de respondent dat deze wil spuiten zolang het kan (7.7) en dat tabletten nemen makkelijker is (7.37). De respondent benoemt tevens dat ze vocht afdrijvende medicatie gebruikt, uit voorzorg (7.14).

De respondent heeft de leefstijl veranderd, op het gebied van de voeding (7.8, 7.22, 7.23), maar vindt dat ze soms best iets ongezonds mag nemen (7.8, 7.23). De respondent beweegt ten gunste van de bloedsuikerspiegel (7.9). De respondent benoemt dat deze door diabetes last heeft van slechte wondgenezing (7.16, 7.55). Ook is de vermoeidheid die bij het ziektebeeld past, lastig (7.17, 7.47). De respondent is daarom ook gestopt met werken (7.20). De grens aangeven bij het oppassen op de kleinkinderen lukt niet goed (7.45). De respondent doet zich soms ook mooier voor (7.46, 7.51), zodat anderen niet doorhebben dat ze moe is. De respondent merkt op dat anderen soms geen rekening houden met de leefstijlaanpassing (7.25). Van een familielid krijgt ze ook geen begrip (7.63). De respondent is niet tevreden over de praktijkverpleegkundige (7.30, 7.40, 7.32, 7.34, 7.39), die geen goed advies geeft, terwijl de respondent dit wel graag wil (7.38).

De bijwerkingen van medicatie vormen een strijd voor de respondent (7.73). Hierdoor moet de respondent onderhandelen met de apotheek (7.73, 7.75) en voor zichzelf opkomen (7.79).

Hulpbronnen

De respondent zelf

Als hulpbronnen, om de leefstijlverandering vol te houden, noemt de respondent een aantal hulpbronnen in haarzelf. De respondent gaat heel gewoon met de ziekte om (7.17) en heeft de hoop opgegeven eraf te komen (7.62) en gaat moedig verder (7.43, 7.62). Er zijn ergere dingen, benoemt de respondent (7.17) en je kan er niks aan doen (7.62) en je moet het accepteren (7.69).

Hulpbronnen zijn daarbij doorzettingsvermogen (7.65), zelfdiscipline (7.65) en het karakter om een goede leefstijl vol te houden (7.67) en niet teveel gelijk te doen (7.52) en medicatie trouw te zijn (7.43). Ook helpt het een strak stramien te hebben, bijvoorbeeld binnen de voedingsinterventies en de dag-structuur (7.43, 7.44, 7.65, 7.66, 7.71). In verband met de moeheid, helpt het dingen af te slaan (7.21) en grenzen te stellen (7.4). De respondent heeft geen moeite nee te zeggen (7.24) tegen bijvoorbeeld ongezonde voeding. De respondent wil plezier in het leven houden (7.80) en niet bij de pakken neerzitten (7.83).

Anderen

Oppassen is een goede afleiding (7.19) voor de respondent. De respondent ervaart houvast aan andere diabetici (7.27) en aan begrip van anderen die bekend zijn met diabetes (7.50, 7.69). Ze vindt het fijn haar eigen verhaal kwijt te kunnen (7.69). Ook helpt de man als mantelzorger (7.41). Het lucht de respondent op, als haar man thuiskomt (7.43). Afleiding en leuke dingen doen helpt de respondent ook (7.52).

Religie

In de eerste instantie benoemt de respondent dat religie niks te maken heeft met de betekenis van haar leven (7.58). Daarna vertelt de respondent dat ze veel houvast heeft aan haar geloof (7.59) en dat ze nooit waaroms gehad heeft, of strijd (7.59). Het geloof geeft kracht en rust (7.59). Ook helpt mooie muziek de respondent (7.59).

De respondent heeft nog niet eerder nagedacht over de steun van religie bij leefstijlverandering (7.61). Volgens de respondent zijn er niet meer krachtbronnen nodig om de leefstijlregels vol te houden (7.65).

Bijlage XI: Analyse interview 8

Analyseschema 8:

Ziektebeelden Hartfalen (x) (8.2) Verdikte hartspier (x) (8.2) Diabetes (x) (8.2) Manisch depressief (x) (8.3) COPD klachten (x) (8.4) Slijmbeursontsteking (x) (8.5)	Medicatiegebruik Tabletten voor diabetes (x) (8.2) Pufjes COPD (x) (8.4) Twaalf tabletten (8.6) Homeopathische medicatie (8.6)	Disciplines Afspraken bij homeopathisch arts cardioloog, praktijkondersteuner (x) (8.9) Advies diëtiste (xx) (8.10, 8.11) Afvallen moet van disciplines (x) (8.54)
Leefstijlaanpassingen Structuur (x) (8.10) Voedingsinterventies (xxxx) (8.12, 8.13, 8.18, 8.47, 8.49) Voedingsregels zelf stellen (x) (8.42) Afgevallen (x) (8.14) Zich fitter voelen (door beweging) (xx) (8.14, 8.15) Regelmatig zwemmen en wandelen (x) (8.15) Gestopt met werken als Z-verpleegkundige (x) (8.19) Werk missen (x) (8.23) Balans zoeken door alles te doseren (xx) (8.24, 8.63) Prikkel door mensen beperken (xx) (8.24, 8.27) Nee zeggen (voor rust) lukt (xxx) (8.26, 8.46, 8.55) Dingen opgeven vanwege conditie (x) (8.30) Grenzen stellen anders gaat het mis (xx) (8.37)	Stressoren Niet kunnen volhouden door depressiviteit (x) (8.33) Soms verleiding niet kunnen weerstaan (x) (8.50) Man helpt weinig bij dieet houden (x) (8.51) Psychische klachten voelen erger dan lichamelijke klachten (xx) (8.61, 8.62) Anderen begrijpen psychische klachten niet (x) (8.58)	Hulpbronnen Niet nadenken over wat helpt bij volhouden leefstijlverandering (x) (8.25) Voedingsregels zelf stellen helpt (x) (8.43) Verleiding tegengaan (door eerder naar bed te gaan) (x) (8.49) Vaak fietsen (in de natuur) (xx) (8.28, 8.41) Elektrische fiets (x) (8.29) Verhaal kwijt kunnen bij moeder (x) (8.40) Aandacht van anderen voor hartproblemen (x) (8.61) Ontspanning in tv-kijken/borduren (xx) (8.40) Vrijwilligerswerk doen (xx) (8.23, 8.65)
Intrinsieke motivatie Gewoon aanpassen aan mogelijkheden (x) (8.31) Verbetering willen merken dieet om vol te houden (xxx) (8.17, 8.45, 8.52) Zonder effect misschien niet meer aan dieet houden (x) (8.17) Mensen bezoeken/helpen geeft voldoening (xxxx) (8.36, 8.37, 8.39, 8.41) Nuttig willen voelen (x) (8.65) Volhouden door afvallen/fitter voelen (xxx) (8.44, 8.53, 8.55)	Invloed religie Vanzelf kracht vanuit geloof ervaren (x) (8.32) Vertrouwen op God die leven bepaalt (xx) (8.34, 8.35) Vanuit beperking mogen leven (x) (8.34) Leven vanuit geloof/Bijbel (xx) (8.35, 8.36)	

Kernthemaschema 8:

1. Factoren leefstijlverandering	2. Invloed zingevingfactoren
• Ziektebeelden • Medicatiegebruik • Disciplines • Leefstijlaanpassingen • Stressoren	• Hulpbronnen • Intrinsieke motivatie • Invloed religie

Samenvatting 8:

Ziektebeelden

Mw. heeft met te maken met verschillende ziektebeelden, namelijk hartfalen (8.2) met daarbij een verdikte hartspier bij de aorta (8.2). Ze heeft verder diabetes (8.2) en is manisch depressief (8.3). Naast deze problematiek heeft ze ook benauwdheidsklachten door de COPD (8.4). Mw. had laatst boven deze chronische aandoeningen ook te maken met slijmbeursontsteking die erg pijnlijk was (8.5). Mw. heeft door deze aandoeningen gedurende het hele jaar regelmatig afspraken bij de cardioloog, praktijkondersteuner, homeopathisch arts (8.9). De huisarts, cardioloog en praktijkverpleegkundige vinden dat mw. moet afvallen. Mw. geeft aan dat ze het ook fijn vindt om minder te wegen en wil ook afvallen. Sinds kort krijgt ze ook advies van de diëtiste (8.10, 8.11). Om met deze aandoeningen te kunnen leven gebruikt mw. 's ochtends twaalf tabletten (8.6). Voor de diabetes gebruikt ze tabletten (8.2) en voor de COPD heeft ze pufjes (8.4). Voor de manisch depressiviteit gebruikt ze ook homeopathische medicatie (8.6).

Leefstijlverandering

Mw. heeft door de aandoening haar leefstijl op verschillende gebieden moeten aanpassen. Als eerste noemt zij de structuur als leefregel (8.10). Voor haar zijn veel voedingsinterventies (8.12, 8.13, 8.18, 8.47, 8.49) belangrijk om af te vallen. Het is haar ook gelukt om af te vallen (8.14), maar ze zou nog meer moeten afvallen. De voedingsinterventies heeft zij ook om de bloedsuiker zo stabiel mogelijk te houden. Verder geeft ze aan dat ze voor zichzelf voedingsregels stelt (8.42), zoals alleen een gebakje te eten op een verjaardag. Mw. geeft aan dat ze zich fitter voelt door beweging (8.14, 8.15). Zij zwemt en wandelt regelmatig, namelijk beide sporten dat zij twee keer in de week (8.15). Vanwege haar conditie moet zij dingen opgeven (8.30) en zij kan 'nee zeggen' om zelf genoeg rust te hebben (8.26, 8.46, 8.55). Ze geeft ook aan dat ze prikkels (voor de psyche) moet beperken, om voldoende rust te krijgen (8.24, 8.27). Zij stelt haar grenzen omdat het anders mis gaat (8.37, 8.58). Zij geeft aan balans te moeten zoeken in haar leven door alles te doseren (8.24, 8.63). Door de medicatie die zij gebruikt moest mw. stoppen met werken als Z-verpleegkundige (8.19), maar ze geeft aan dat ze het werk mist (8.23).

Belemmeringen

Mw. geeft dat ze in depressieperioden de leefstijlaanpassingen niet kan volhouden (8.33). Anderen begrijpen psychische klachten niet en dat vindt mw. erg moeilijk (8.58). Haar psychische klachten voelen erger dan lichamelijke klachten (8.61, 8.62). Ondanks de voedingsregels die mw. stelt, kan ze soms de verleiding niet weerstaan om toch iets te eten wat niet in haar dieet past (8.50). Haar man helpt weinig bij houden aan het dieet (8.51).

Hulpbronnen

Mw. geeft aan dat ze eigenlijk niet nadenkt over wat helpt bij volhouden van een leefstijlverandering (8.25). Maar tijdens het interview benoemt ze toch dat het stellen van voedingsregels helpt (8.43). Mw. probeert verleiding tegen om 's avonds nog extra te gaan eten door eerder naar bed te gaan

(8.43). Mw. vindt het fijn dat ze haar verhaal goed nog kwijt kan bij haar moeder (8.40). Ze heeft wel aandacht van mensen voor haar hartproblemen (8.61), maar eigenlijk vindt ze deze klachten minder erg dan de psychische klachten. In depressieve perioden helpt het volgens mw. om vrijwilligerswerk te doen (8.23, 8.65). Daarnaast geniet mw. van het fietsen in natuurgebieden met haar man (8.28, 8.41) doordat ze elektrische fiets ook heeft (8.29). Mw. ontspant daarnaast ook door tv-kijken en te borduren (8.40). Mw. gaf dat ze de leefstijlveranderingen kan volhouden doordat ze afvalt en zich fitter voelt (8.44, 8.53, 8.55). Ze heeft aangegeven dat ze wel verbetering wil merken om dieet vol te houden (8.17, 8.45, 8.52). Ze zegt zelfs dat ze zonder effect zich misschien wel niet meer aan het dieet te houden (8.17). Voor mw. is het belangrijk dat ze zich nuttig voelt (8.65). Het geeft haar veel voldoening als ze mensen kan bezoeken of helpen (8.36, 8.37, 8.39, 8.41). Mw. vindt in haar leven vanzelf kracht vanuit haar geloof (8.32). Ze geeft aan dat ze leeft vanuit haar geloof en de Bijbel (8.35, 8.36). Mw. geeft aan dat ze heeft geaccepteerd dat ze mag leven vanuit een beperking (8.34). Ze vertrouwt op God die haar leven bepaalt (8.34, 8.35). Ze geeft aan zich gewoon te moeten aanpassen aan haar mogelijkheden (8.31).