

Kenmerkend obesitas

Wat zijn de kenmerken van mensen met obesitas?



Namen: Annette Bartelink S305134 & Talitha Wender S1025083

Begeleider: Sandra Verbeeten

Beoordelaar: Lia Maas

School en opleiding: Hogeschool Windesheim, Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Datum: 2 juni 2014

VOE-code: HSK3AFS-BD13 & HSK3AFS-BV4-13

Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van het onderzoek 'Kenmerkend obesitas'. Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een mobiele applicatie ter ondersteuning van de behandeling van cliënten met obesitas. In het onderzoek is gekeken naar welke kenmerken cliënten hebben als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving.

Om dit onderzoek goed te afronden hebben wij kunnen rekenen op de steun van diverse partijen. Zo willen wij allereerst Sandra Verbeeten bedanken voor haar steun en inzet. Als begeleider vanuit de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie heeft zij ons gesteund, konden wij altijd met vragen en voor feedback bij haar terecht om zo ons onderzoek steeds verder vorm te geven. We willen Aranka Dol bedanken voor de onderzoeksmogelijkheid en de verhelderende gesprekken die gevoerd zijn ter ondersteuning van dit onderzoek. Daarnaast bedanken wij Lia van der Maas voor haar tussentijdse feedback waarmee we gericht aan de slag konden met dit onderzoek. Tot slot willen wij ook de cliënten die meegewerkt hebben en de meewerkende instellingen bedanken voor de tijd en energie die zij hierin gestoken hebben.

Annette Bartelink & Talitha Wender, Zwolle, 2014

Samenvatting

In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor obesitas als groeiend probleem in Nederland en wereldwijd. In Nederland heeft ruim 40% van de bevolking overgewicht waarvan 10% kampt met ernstig overgewicht. Het behandelaanbod bestaat uit begeleiding door de huisarts, voedings- en bewegingsadvies en bariatrische chirurgie. De verwachting is dat in de toekomst eHealth een steeds grotere rol gaat spelen in de zorg.

Studenten van de opleiding Human Technology aan de Hanze Hogeschool te Groningen werken aan een project waarin getracht wordt een mobiele applicatie te ontwikkelen ter ondersteuning van de behandeling aan cliënten met obesitas. Dit onderzoek heeft zich gericht op de kenmerken van cliënten met obesitas als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving. Om dit in beeld te krijgen zijn er drie vragenlijsten bij vier cliënten afgenomen, namelijk de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag, de Utrechtse Coping Lijst en de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er grote individuele verschillen zijn als het gaat om de kenmerken van cliënten. Als gekeken wordt naar de onderzoekspopulatie als geheel, dan wordt er gezien dat bij eetgedrag de subschaal 'lijngericht eten' het hoogste scoort. Bij de copingstijlen wordt gezien dat alle copingstijlen gemiddeld of hoog scoren. Als het om lichaamsbeleving gaat, dan is het opvallend dat cliënten met obesitas laag scoren op acceptatie van het eigen lichaam en zelfwaardering.

Er wordt geadviseerd om kritisch om te gaan met de resultaten van dit onderzoek. Daarnaast is verder onderzoek gewenst op het gebied van lichaamsbeleving en tevens is onderzoek bij een grotere populatie gewenst.

Summary

The last few years the attention for obesity as a growing problem in the Netherlands and worldwide is increased. In the Netherlands over 40% of the population has overweight, from which 10% is struggling with severe obesity. The available treatment consists treatment by the general practitioner, nutrition and exercise advice and bariatric surgery. The expectation is that eHealth will take an increasing role in the (mental) health care in the future.

Students of Human Technology at Hanze University Groningen are working on a project that seeks to develop a mobile application that support the treatment of clients with obesity. This research has been focusing on the characteristics of clients with obesity when it comes to eating, coping styles and body perception. To get a clear view on what the characteristics of the clients are, there are three questionnaires collected from four clients, namely the Dutch Eating Behaviour Questionnaire, the Utrecht Coping List and Dresden Body Experience Questionnaire.

The results that came out of this research are showing that there is a large individual differences when it comes to the characteristics of clients. When it comes to an interpretation of the results of the study population as a whole, it is seen that eating behavior can be characterized as 'restrained eating', because the scores were the highest on this subscale. When it comes to coping, it is seen that all coping styles score medium or high. When it comes to body image, it is seen that patients with obesity have a low scores on acceptance of their own body and self-esteem.

It is recommended to critically deal with the results of this research. In addition, further research is required in the field of body image with clients with obesity, and also research among a larger population is desired.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	8
1.1	Aanleiding.....	8
1.2	Probleemstelling	8
1.3	Doelstelling	9
1.4	Vraagstelling	9
1.4.1	Deelvragen	9
1.5	Korte methodebeschrijving	9
1.6	Leeswijzer	9
2.	Theoretisch kader	10
2.1	Inleiding	10
2.2	Overgewicht en obesitas	10
2.2.1	Definitie van obesitas	10
2.2.2	Voorkomen obesitas in Nederland.....	10
2.2.3	Obesitas en eetstoornissen.....	10
2.2.4	Oorzaken van obesitas.....	11
2.2.5	Problemen ten gevolge van obesitas.....	12
2.3	Kenmerken van cliënten, begripsdefinitie.....	13
2.3.1	Eetgedrag	13
2.3.2	Copingsstijlen	14
2.3.3	Lichaamsbeleving	14
2.4	Hulpverlening bij cliënten met obesitas.....	15
2.4.1	E-health.....	15
3.	Methode.....	17
3.1	Soort onderzoek.....	17
3.2	Onderzoekspopulatie	17
3.2.1	Populatie	17
3.2.2	Inclusie criteria	17
3.2.3	Steekproefgrootte	17
3.2.4	Procedure	17
3.3	Onderzoeksinstrumenten	18
3.3.1	De Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag	18
3.3.2	De Utrechtse Copinglijst	18
3.3.3	De Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving.....	19

3.4 Data-analyse	19
4. Resultaten.....	20
4.1 Inleiding	20
4.2 Eetgedrag.....	21
4.2.1 Individuele resultaten.....	21
4.2.2 Resultaten per leeftijdscategorie	23
4.2.3 Resultaten per sekse.....	24
4.3 Copingstijlen	25
4.3.1 Individuele resultaten.....	25
4.3.2 Gemiddelde resultaten UCL per leeftijd	27
4.3.3 Gemiddelde resultaten UCL per sekse	28
4.4 Lichaamsbeleving	29
4.4.1 Individuele resultaten.....	29
4.4.2 Gemiddelde resultaten DKB-35 per leeftijdscategorie.....	31
4.4.3 Resultaten DKB-35 per sekse	32
5. Discussie	33
5.1 Onderzoekspopulatie	33
5.2 Onderzoeksinstrumenten	33
5.3 Wijze van afname.....	33
5.4 Data-analyse	34
5.4.1 Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag	34
5.4.2 Utrechtse Coping Lijst.....	34
5.4.3 Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving	34
5.4.4 De keuzes vanuit de vragenlijsten	34
6. Conclusie	35
6.1 Welke kenmerken hebben cliënten tussen de 18 en 40 jaar die in behandeling zijn bij een psychomotorische therapeut of bewegingsagoog voor obesitas als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving?	35
6.2 Welk eetgedrag hebben cliënten?	35
6.3 Welke copingstijlen hebben cliënten?	36
6.4 Wat voor een lichaamsbeleving hebben cliënten?	36
6.5 Zijn er verschillen in kenmerken tussen de leeftijdscategorie 18-29 jaar, 30-40 jaar.	36
6.6 Zijn er verschillen in de kenmerken van cliënten tussen mannen en vrouwen?	36
7. Aanbevelingen	38
8. Literatuurlijst	39

Bijlage 1. Benaderde instellingen.....	42
Bijlage 2. Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag.....	43
Bijlage 3. Utrechtse Coping Lijst	45
Bijlage 4. Projectplan	48

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor obesitas als groeiend probleem. Uit onderzoek van De Groot & Brugging (2012) blijkt dat ruim 40% van de Nederlanders overgewicht heeft. Verder is er steeds meer aandacht voor beweging, denk daarbij aan de reclamespotjes voor '30minuten bewegen per dag' (Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen). Er is echter nog weinig bekend over deze problematiek in Nederland, behalve dat het een bedreiging is voor de volksgezondheid (CBS, 2011).

De Hanze Hogeschool Groningen is gestart met het onderzoeken van behandelingsmogelijkheden van cliënten met obesitas in de leeftijd van 18 tot 40 jaar en de mogelijkheden van een E-health programma ter ondersteuning van deze behandeling. Gedurende dit onderzoek en de ontwikkeling van het programma constateerden zij dat PMT een passend behandelaanbod kan zijn. Er werd echter geconstateerd dat er te weinig kennis over de doelgroep, die gebruik gaat maken van het E-health programma, is. Als gevolg hiervan hebben ze contact gezocht met de Christelijke Hogeschool Windesheim, met als vraag om kennis te geven over cliënten met obesitas binnen de psychomotorische therapie en de PMT-behandelaanbod. Aangezien deze vraag een omvangrijk onderzoek is, is deze opgedeeld in twee deelonderzoeken. In dit onderzoek is gekozen voor onderzoek naar kennis over de cliënt. In een ander onderzoek wordt onderzoek verricht naar de PMT-behandelaanbod voor cliënten met obesitas.

1.2 Probleemstelling

In de afgelopen jaren is steeds meer aandacht gekomen voor obesitas en de problemen die dit met zich meebrengt. Met name in de Verenigde Staten is onderzoek gedaan naar de behandeling van obesitasgerelateerde problematiek. Er is dan ook veel informatie over medische behandeling middels chirurgie en medicamenteuze behandeling (Cannon & Kumar, 2009). Er is echter een tekort aan informatie over de cliënt. In de literatuur wordt veel beschreven over medicamenteuze behandeling, chirurgie, gedragsverandering door lifestyle programma's en cognitieve gedragstherapie. Werrij et al. (2009) zegt dat cognitieve gedragsverandering een toevoeging is om gewichtverlies te behouden. De ontbrekende informatie zit in een tekort aan inzichten over het eetgedrag, de copingstijlen en de lichaamsbeleving van de cliënt. Van Strien (2004) geeft aan dat het belangrijk is welk eetgedrag een cliënt vertoont om een passende behandeling te kunnen bieden. Daarnaast is de vraag hoe cliënten omgaan met stressvolle situaties en hoe dit invloed heeft op hun (eet)gedrag. Probst (2001) geeft aan dat mensen met een eetprobleem vaak een verstoorde lichaamsbeleving hebben. De vraag is dan ook of dit ook geldt voor mensen met obesitas.

Psychomotorische therapie kan bijdragen aan het behandelen van mensen psychosociale klachten of dan wel de klachten verminderen, zodat in alle bestaansvelden in het leven van de cliënt geen of minder een rol gaat spelen. Om een klacht te verminderen worden doelen gesteld op psychosociaal vlak om zo de last te verminderen (Fellinger, 2008).

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek richt zich op een verkenning van de doelgroep, zodat deze kennis gebruikt kan worden voor de ontwikkeling van een E-health programma. Het doel is om een profielschets van de doelgroep te maken. Deze profielschets zal ingaan op het eetgedrag, copingstijlen en de lichaamsbeleving, zodat het E-health programma hier specifiek op in kan spelen.

1.4 Vraagstelling

Welke kenmerken hebben cliënten tussen de 18 en 40 jaar die in behandeling zijn bij een psychomotorische therapeut of bewegingsagoog voor obesitas als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving?

1.4.1 Deelvragen

- Welk eetgedrag hebben cliënten?
- Welke copingstijlen hebben cliënten?
- Wat voor een lichaamsbeleving hebben cliënten?
- Zijn er verschillen in kenmerken tussen de leeftijdscategorie 18-29 jaar, 30-40 jaar?
- Zijn er verschillen in de kenmerken van cliënten tussen mannen en vrouwen?

1.5 Korte methodebeschrijving

Dit onderzoek is een kwantitatief onderzoek dat zich richt op eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving bij cliënten met obesitas.

De vragen worden beantwoord met behulp van de vragenlijsten Nederlandse Vragenlijst Eetgedrag, Utrechtse Copinglijst en de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 komt de aanleiding, probleemstelling, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek aan bod.

In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt relevante literatuur met betrekking tot obesitas, eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving bij cliënten met obesitas en het behandelaanbod weergegeven.

In hoofdstuk 3 komt de methode van het onderzoek aan bod. Hierin wordt uitleg gegeven over het soort onderzoek, de onderzoekspopulatie, de onderzoeksinstrumenten en de data-analyse.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten per vragenlijst uiteengezet.

In hoofdstuk 5 wordt in kritische beschouwing gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Hierin worden de uiteindelijke onderzoekspopulatie, de onderzoeksinstrumenten en de data-analyse onder de loep genomen.

In hoofdstuk 6 volgen de conclusies die uit de resultaten getrokken kunnen worden en een beantwoording van de hoofdvraag.

Tot slot worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en aanbevelingen naar de Hanze Hogeschool te Groningen.

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal in gegaan worden op wat overgewicht en obesitas is. Daarbij wordt gekeken naar hoe obesitas gedefinieerd wordt, hoe vaak obesitas voorkomt in Nederland. Vervolgens wordt gekeken naar de samenhang tussen obesitas en eetstoornissen. Vervolgens zal ingegaan worden op de mogelijke oorzaken van obesitas en de gevolgen hiervan.

Daarna zal worden ingaan op de begrippen eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving en wat er uit eerder onderzoek blijkt als het gaat om deze begrippen in samenhang met obesitas.

Tot slot wordt gekeken naar de mogelijkheden van e-Health programma's bij de behandeling van mensen met obesitas en wat hierover in de literatuur bekend is.

2.2 Overgewicht en obesitas

2.2.1 Definitie van obesitas

De World Health Organization (2013) definieert overgewicht en obesitas als een abnormale of overdadige vetophoping die de gezondheid mogelijk schaden. Hierbij maken zij gebruik van de Body Mass Index (BMI) om hierin onderscheidt te maken. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht te delen door de lichaamslengte in meters in het kwadraat. Er is sprake van overgewicht als de BMI groter of gelijk aan 25 kg/m² is. Er is sprake van obesitas als de BMI groter of gelijk aan 30 kg/m² is.

2.2.2 Voorkomen obesitas in Nederland

Uit onderzoek van De Groot & Brugging (2012) blijkt dat 41,5% van de Nederlanders overgewicht heeft en totaal 10,2% ernstig overgewicht heeft. Hierbij geldt dat mannen vaker overgewicht hebben dan vrouwen. Hierbij geldt dat 46,1% van de mannen overgewicht heeft en 36,9% van de vrouwen overgewicht hebben. Dit is een verschil van 9,2%. Het verschil in percentage bij matig overgewicht is 9,5%. Dit betekent dat het percentage mannen met ernstig overgewicht ongeveer even hoog is als het percentage vrouwen dat ernstig overgewicht heeft.

2.2.3 Obesitas en eetstoornissen

Zoals eerder omschreven is obesitas een welbekend probleem. De vraag is hoe obesitas ontstaat, wat de gevolgen zijn en hoe er naar dit probleem gekeken kan worden.

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut (2014) geeft het volgende aan met betrekking tot eetstoornissen: 'Het begrip 'eetstoornis' is de laatste decennia verruimd. Rond 1970 behoorde alleen anorexia nervosa daartoe, nu is het begrip veel omvattender en vallen zowel anorexia en boulimia nervosa (in verschillende gedaanten: beperkend, respectievelijk eetbuien-purgerend) als ook de eetbuistoornis erbinnen. Er ontstaat zo langzamerhand een continuüm van eetstoornissen, lopend van extreem ondergewicht tot extreem zwaarlijvig.'. Op dit moment valt obesitas nog niet onder de psychische problematiek zoals omschreven in de DSM 5 onder eetverslaving of eetstoornissen.

Obesitas, zoals hierboven omschreven, heeft betrekking op het lichaamsgewicht in verhouding met de lichaamslengte. Hierin is geen rekening gehouden met de psychische oorzaken en gevolgen van de problematiek. Er zou dan ook gesteld kunnen worden dat obesitas een uiterlijk teken is van dieperliggende problematiek, mogelijk kan hierbij gedacht worden aan een eetverslaving of eetbuistoornissen. Jansen en Mulkens (2011) schrijven dat obesitas niet als problematiek in de DSM

5 gaat komen, maar toch zeker wel op dezelfde wijze te behandelen is met cognitieve therapie als anorexia nervosa en boulimia nervosa. Dit impliceert dat problematiek bij obesitas lijkt op de problematiek bij deze eetstoornissen.

Dit onderzoek zal hierin geen onderscheid maken en gaat uit van de definitie van de WHO waarin niet gekeken wordt naar de onderliggende problematiek. Waar de WHO qua definiëring van de problematiek geen rekening houdt met psychische oorzaken en gevolgen van obesitas, zal dit onderzoek in gaan op een deel van de onderliggende problematiek.

2.2.4 Oorzaken van obesitas

Van Binsbergen et al. (2010) geeft aan dat overgewicht ontstaat wanneer de energie inname hoger is dan het energieverbruik in het lichaam. Hierbinnen wordt gezien dat er verschillende oorzaken kunnen zijn voor de verstoring van deze balans. Deze kunnen door verschillende factoren verstoord worden, namelijk door biologische, psychische en sociale factoren. Het biopsychosociaal model geeft hierbij aan dat er een complexe wisselwerking is tussen de verschillende factoren bij het ontstaan van problemen. Binnen de oorzaken, zowel op biologisch, psychisch en sociaal vlak, vallen ook de kenmerken waarop dit onderzoek zich focust (eetgedrag, coping en lichaamsbeleving).

Biologische factoren

Van Binsbergen et al. (2010) geeft aan dat het doen toenemen van het lichaamsgewicht te maken heeft met een verstoorde balans tussen energie inname en verbruik. Dit kan mede veroorzaakt worden door medicatiegebruik, erfelijke aandoening of stofwisselingsziekte. Het RIVM (2013) geeft aan dat genetische factoren zeker invloed hebben op het ontwikkelen van overgewicht. De genetische factoren hebben met name invloed op het hongergevoel en het ontwikkelen van vetmassa. Een klein deel (1-5%) wordt veroorzaakt door zeldzame aandoeningen.

Bij energieverbruik kan gedacht worden aan een tekort aan lichaamsbeweging. Met energie inname wordt bedoeld wat en hoeveel er gegeten wordt. Het gaat dan ook over eetgedrag. Strien (2004) geeft aan dat het van belang is om te weten vanuit welk eetgedrag een cliënt met obesitas handelt, zodat de behandeling hierop afgestemd kan worden.

Psychische factoren

Volgens de Gezondheidsraad (2003) is er geen eenduidigheid over de invloeden op het ontstaan van overgewicht. Van Binsbergen et al. (2010) geeft in de zorgstandaard obesitas aan dat met name individuele en genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van obesitas. De omgevingsfactoren en individuele gedragsfactoren worden als belangrijkste oorzaken beschouwd voor de verstoorde energiebalans en daarmee voor de toename van het voorkomen van obesitas. Welke oorzaken dit zijn wordt niet genoemd. Verhoef (2012) vertelt in haar boek welke ervaringen zij heeft. Zij geeft aan dat er een moment is dat alles aanleiding is om te gaan eten, onverwerkte emoties, beledigd worden vanwege je gewicht, maar ook blijde omstandigheden. Hierdoor worden de psychische factoren omschreven als in stand houdende factoren. Het lijkt er dan ook op dat de wijze waarop Verhoef met negatieve emoties en stress omgaat, eten is. Hiermee is mogelijk sprake van palliatieve coping, namelijk het zoeken van afleiding in eten. Van Strien (2013) geeft aan dat er een significante toename is van angst en daaraan gerelateerde onveilige hechting, emotioneel eten, overgewicht en obesitas. Mogelijk is er sprake van een verband en Van Strien (2013) pleit dan ook voor verder onderzoek hiernaar. Het RIVM (2013) bevestigt dat er geen eenduidigheid is over de

invloed van psychische gezondheid op overgewicht of dat dit een consequentie is van het overgewicht.

Sociale factoren

Het RIVM (2013) geeft aan dat de sociale en fysieke omgeving van grote invloed is op het ontwikkelen van obesitas. Van Binsbergen et al. (2010) bevestigt dat de omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen. Dit is zowel door middel van de genetische aanleg als door de gewoonte en de omgeving die familieleden delen. Daarnaast spelen de normen van het sociaal netwerk een rol en het krijgen/ontvangen van steun een belangrijke rol. Dit kunnen normen of gewoontes omtrent eetgedrag zijn, maar ook meer psychische en sociale factoren. Vanuit het referentiekader van een gezin of familie kan op vele manieren omgegaan worden met stress en negatieve emoties. Hierin worden dan ook weer copingstijlen zichtbaar. Daarnaast spelen de normen van een gezin een belangrijk onderdeel van het referentiekader. Zo kan er sprake zijn van veroordeling of juist acceptatie van de problematiek. Dit kan invloed hebben op hoe iemand met obesitas naar zichzelf kijkt, zijn problematiek ervaart en zijn lichaamsbeleving. De vraag is dan of dit een oorzaak is of een gevolg.

2.2.5 Problemen ten gevolge van obesitas

Zoals eerder omschreven is, liggen de oorzaken binnen verschillende factoren. De gevolgen zijn ook in deze categorieën te onderscheiden. Zo heeft overgewicht psychische, sociale en biologische consequenties.

Biologische consequenties

Het Centrum voor Obesitas Nederland (z.j.) maakt onderscheid in de biologische gevolgen van overgewicht. Het onderscheid ligt in het directe effect en de lange termijn consequenties.

In eerste instantie hebben mensen met obesitas last van verschillende gevolgen van het overgewicht, zoals vermoeidheid, slaapstoornissen, lage rugpijn, transpiratie, kniepijn, artrose, spierpijn en kortademigheid (met name bij inspanning). Dit zijn gevolgen die vrijwel direct merkbaar zijn.

Op de lange termijn hebben mensen met obesitas een verhoogd risico op een of meer gezondheidsproblemen of ziekten, zoals diabetes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, kanker of infertiliteit. De levensverwachting van deze mensen wordt hierdoor aanzienlijk verlaagd. De Gezondheidsraad (2003) geeft aan dat de levensverwachting van obese mensen met 6 à 7 jaar verminderd en dat zij waarschijnlijk een langere ongezonde levensverwachting hebben.

Psychische consequenties

Ondanks dat zowel Van Strien (2013) als het RIVM (2013) geen direct verband kunnen benoemen tussen de psychische klachten en obesitas, zal het volgende stuk in het teken staan van de mogelijk psychische gevolgen van obesitas.

In de literatuur en het verhaal van Verhoef (2012) zijn verschillende consequenties terug te vinden, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, verminderd gevoel van eigenwaarde, vertekend lichaamsbeeld, verminderd lichaamsbewustzijn, gevoelens van schuld en schaamte, ontkennen van de problematiek, frustratie en teleurstelling in eigen functioneren. Belangrijke punten die hierin terug te zien zijn, zijn onder andere het vertekend lichaamsbeeld en de negatieve emoties als schuld, schaamte en frustratie. Eerst genoemde lichaamsbeeld, maar ook eigenwaarde vallen onder het

PMT-thema 'lichaamsbeleving, zoals Fellingner dit benoemd en dit ook gemeten wordt door de DKB-35. Bij coping gaat het om hoe je omgaat met negatieve emoties en stress. De vraag is hoe mensen met obesitas omgaan met de negatieve emoties die dit met zich meebrengt.

Sociale consequenties

De Gezondheidsraad (2003) geeft aan dat het sociaal functioneren over het algemeen niet verminderd is. Dit blijkt onderzoek naar de kwaliteit van leven onder mensen met obesitas en overgewicht. Verhoef (2012) geeft aan dat zij diverse problemen ondervonden heeft in de periode dat zij overgewicht had en de strijd die dit opleverde. Als het gaat om lichaamsbeleving dan zijn belangrijke punten die Verhoef (2012) meldt het buiten 'ideaalbeeld' vallen en verandering in seksualiteitsbeleving. Tevens laat zij zien dat er een handelingspatroon ontstaat dat tot doel heeft om de negatieve gevolgen van obesitas als zo min mogelijk te ervaren. Dit komt tot uiting in een patroon van vermijding van sociale contacten (isolatie), slachtoffergedrag en met gedrag de aandacht van het eigen lichaam afleiden (clownesk gedrag).

Zo zijn verschillende oorzaken en gevolgen zichtbaar die mogelijk samenhangen met eetgedrag, coping en lichaamsbeleving. Uit de literatuur wordt helder dat er nog geen direct oorzakelijk verband is gevonden tussen obesitas en deze drie kenmerken.

2.3 Kenmerken van cliënten, begripsdefinitie

2.3.1 Eetgedrag

Wat is eetgedrag?

In de literatuur zijn verschillende begrippen te vinden die verwijzen naar eetgedrag. Er wordt gesproken van eetpatronen, waarbij gekeken wordt naar de momenten waarop voedsel ingenomen wordt, welk voedsel genuttigd wordt en onder welke omstandigheden. Werrij et al (2009) heeft in het onderzoek dit onderzocht middels een eetdagboek.

Van Strien (2013) gaat uit van drie hoofdvormen van eetgedrag, namelijk emotioneel eten, extern eten en lijngericht eten. Hierbij wordt er binnen emotioneel eten onderscheid gemaakt tussen 'eten bij diffuse emoties' en 'eten bij duidelijk omschreven emoties'.

Eetgedrag bij cliënten met obesitas

Pontzer et al. (2012) deed onderzoek naar de verschillen tussen verschillende culturen qua energieverbruik. Er wordt vaak gesuggereerd dat stammen die nog op traditionele wijze leven, zoals in de oertijd de jagers deden, meer energie verbruiken. Er wordt gezegd dat men om gewicht te verliezen meer moet bewegen. Onderzoek van Pontzer et al. (2012) wijst uit dat het energieverbruik even hoog is, maar de westerse culturen een hogere energie inname kent. De conclusie is dan ook dat het eetgedrag (energie inname) ingeperkt moet worden om de obesitasproblematiek tegen te gaan.

Van Strien (2013) geeft aan dat er met name sprake is van een hogere zelfrapportage op de score van emotioneel eten onder mensen met overgewicht en obesitas. Deze schaal uit de NVE geeft een goede validiteit voor het eten bij negatieve emoties en stress.

Larsen, Strien, Eisinga en Engels (2006) schrijven dat er een verschil is tussen mannen en vrouwen met obesitas. Vrouwen scoren hoger op emotioneel eten en depressie dan mannen. Dit blijkt uit een onderzoek onder 413 mensen met obesitas.

2.3.2 Copingsstijlen

Wat zijn copingstijlen?

Copingstijlen zijn manieren waarop mensen omgaan met problemen en stress. Mensen hebben verschillende manieren van omgaan met stress en daarmee verschillende copingstijlen. Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus (1993) stellen dat er zeven soorten copingstijlen zijn. Deze zeven copingstijlen worden benoemd bij de methode.

Copingstijlen bij cliënten met obesitas

Zoals eerder aangegeven schrijft Van Strien (2013) dat er met name sprake is van een hogere zelfrapportage op de score van emotioneel eten onder mensen met overgewicht en obesitas. Emotioneel eten zou beschouwd kunnen worden als een copingstijl die lijkt op de palliatieve reactie waarbij afleiding gezocht wordt, bij emotioneel eten in voedsel.

Werrij et al. (2009) deed onderzoek naar het effect van cognitieve therapie als toevoeging op behandeling van obesitas door een diëtist. Opvallend was de verandering in het denken van de cliënten. Werrij et al. (2009) noemt dit zelf de obesitas manier van denken en zorgen maken over gewicht en lichaamsvorm. Hieruit zou je kunnen afleiden dat mensen met obesitas obsessief bezig zijn met hun gewicht, lichaamsvorm en hoe zij hiermee geconfronteerd worden. Dit zou kunnen duiden op een passief reactiepatroon, waarin iemand volledig in beslag wordt genomen door het piekeren.

2.3.3 Lichaamsbeleving

Wat is lichaamsbeleving?

Lichaamsbeleving is niet een eenduidig begrip. Scheffers (2011) geeft aan dat lichaamsbeleving een paraplu-begrip is met diverse subdimensies. Er zou een scheiding gemaakt kunnen worden tussen lichaamswaardering, lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn.

Met lichaamswaardering wordt bedoeld hoe tevreden cliënten zijn met hun lichaam, dit kan zowel cognitief als gevoelsmatig zijn. Lichaamsattitude gaat in op de houding van de cliënt ten opzichte van zijn of haar eigen lichaam. Lichaamsbewustzijn gaat in op de aandacht die iemand heeft voor de processen in het eigen lichaam en het herkennen van lichaamssensaties.

De Dresdner Körperbild-Fragebogen (DKB-35) is een vragenlijst die ingaat op de wijze waarop cliënten naar hun eigen lichaam kijken en met hun lichaam omgaan. Dit is terug te zien in de subschalen die deze lijst aanhoudt, namelijk acceptatie, vitaliteit, seksualiteit, aanraking en zelfwaardering (selbsterhöhung/selbstaufwertung).

Lichaamsbeleving bij cliënten met obesitas

Van den Bosch (z.j.) geeft aan dat waarschijnlijk negatieve beleving van het eigen lichaam met name voorkomt bij cliënten die al van kinds af aan te kampen hebben met overgewicht. Dit komt door dat de pubertijd de kritische periode is voor het ontwikkelen van het zelfbeeld.

Uit onderzoek van Aruguetea, Edman & Yates (2009) blijkt dat cliënten en dan met name vrouwelijke cliënten te kampen hebben met een negatief zelfbeeld.

Werrij et al. (2009) schrijft dat met behulp cognitieve therapie de denkwijze van cliënten veranderd. Zij maken zich minder zorgen over hun gewicht en lichaamsvorm. Daarnaast weten zij hun lichaamsgewicht na de interventie beter te behouden. Dit zou er op kunnen duiden dat een veranderd gedachten patroon en de wijze waarop cliënten naar zichzelf kijken, zorgt voor behoud van het lichaamsgewicht.

2.4 Hulpverlening bij cliënten met obesitas

In de zoektocht naar behandeling van obesitas kan men verschillende behandelingen tegenkomen. De meest geziene behandeling lijkt de medische aanpak te zijn. Deze is terug te vinden op de websites van obesitasklinieken zoals Centrum voor Obesitas Nederland en de Nederlandse Obesitas Kliniek. Daarnaast is deze terug te vinden in de literatuur.

Van Binsbergen et al. (2010) heeft een richtlijn samengesteld voor de behandeling van mensen met obesitas. Daarin zijn de volgende stappen terug te vinden.

- Diagnostiek en anamnese.
- Opstellen individueel behandelplan.
- Voorlichting.
- Niet-medicamenteuze behandeling bestaand uit voedingsadvies, bewegingsadvies en informatie over cognitieve gedragstherapie.
- Medicamenteuze behandeling wordt ontraden.
- Controles met betrekking tot gezondheid en motivatie voor behandeling.
- Verwijzing bij vermoedens van onderliggende aandoeningen.
- Bariatrische chirurgie zoals plaatsing van een maagband, maagverkleining en duodenal switch.

2.4.1 E-health

E-health is een al omvattende term voor alle ICT die de zorg ondersteunt. Daar worden verschillende ICT-producenten onder verstaan. Dit gaat dan om rapportagesystemen, e-mailondersteuning en internetzorg.

Het Centre for E-Health Research and Disease Management (2012) geeft aan dat er geen precieze omschrijving van E-Health is. Zij hanteren een brede definitie waarin alle technologie ter bevordering van de gezondheids- en welzijnszorg valt.

Van Rijen, De Lint & Ottes (2002) stellen dat een E-Health programma op twee manieren gebruikt kan worden, namelijk als op zich staande interventie, maar ook als ondersteunend programma ter bevordering van de integratie van bestaande behandelingen. Deze programma's hebben tot doel om de behandeling zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Uit onderzoek van Werrij et al (2009) blijkt dat bij gebruik van cognitieve therapie naast voedingsadvies de resultaten op de lange termijn behouden worden door de cliënt. De controlegroep in haar onderzoek viel terug in oude gedachten patronen en het lichaamsgewicht werd weer hoger. Dit duidt op moeilijke momenten en herval op de lange termijn.

Zo kunnen e-Health programma's inspringen op moeilijke momenten en op de lange termijn als nazorg ingezet worden om herval in negatieve gedachte patronen en lichaamsgewicht te voorkomen.

3. Methode

3.1 Soort onderzoek

Het is een definiërend onderzoek waarbij de kenmerken van de doelgroep worden onderzocht. Daarbij wordt specifiek ingegaan op eetgedrag, copingsstijlen en lichaamsbeleving. Daarmee is het tevens een kwantitatief onderzoek. Dit onderzoek richt zich op gedrag en beleving, waarbij een beperkt aantal cliënten meewerken middels het invullen van drie vragenlijsten.

Dit onderzoek zal een observationeel onderzoek zijn. Er zullen geen verandering gedaan worden gedurende het onderzoek. Daarbij wordt gekozen voor een dwarsdoorsnede onderzoek, waarbij de gegevens op één moment verzameld worden. In de populatie wordt echter wel rekening gehouden met in welk stadium van de behandeling cliënten zich bevinden. Het streven is om zowel mensen die net in behandeling zijn als mensen die al langere tijd in behandeling zijn te betrekken. De reden hiervoor is dat het een breder beeld geeft van de behoefte van de doelgroep.

3.2 Onderzoekspopulatie

3.2.1 Populatie

Dit onderzoek heeft cliënten met obesitas op het oog. Daarbij wordt gericht gezocht naar mensen met obesitas, die in behandeling zijn bij een psychomotorisch therapeut of bewegingsagoog. Dit onderzoek richt zich op mensen die op dit moment in behandeling zijn bij een therapeut in Nederland dan wel op de wachtlijst staan.

3.2.2 Inclusie criteria

De doelgroep van dit onderzoek zal voldoen aan de volgende criteria:

- mensen (mannen en vrouwen) met een BMI groter of gelijk aan 30.
- mensen in de leeftijd van 18-40jaar.
- mensen die in behandeling zijn bij een PMT'er of BA'er

3.2.3 Steekproefgrootte

Het streven van de steekproefgrootte zal tussen de twintig en de dertig cliënten met obesitas zijn.

3.2.4 Procedure

De manier om de cliënten te benaderen, is door verschillende klinieken in Nederland te benaderen. Dit wordt gedaan via mailcontact of door middel van bellen naar de klinieken. Aan de benaderde instellingen wordt om medewerking gevraagd. Hierbij wordt aan de behandelaren gevraagd of zij de drie vragenlijsten willen laten invullen, dit kan de cliënt zelf doen zonder de hulp van de behandelaar. Ook het terugsturen van de vragenlijsten kan gedaan worden door de cliënten zelf.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

3.3.1 De Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag

Het doel van de Nederlandse vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) is het opsporen van specifieke typen eetproblemen. Deze worden in geschaald in vijf antwoord categorieën:

- emotioneel eten
- eten bij diffuse emoties
- eten bij duidelijk omschreven emoties
- extern eten
- lijngericht eten

Van Strien (2013) zegt over de steeknormproef voor Nederlandse jongvolwassenen (21-40 jaar), dat de richtlijn voor betrouwbaarheid van de verschillende (sub)schalen ruimschoots behaald wordt.

3.3.2 De Utrechtse Copinglijst

De Utrechtse Copinglijst (UCL) is een vragenlijst die met behulp van zevenenveertig items, verdeeld over zeven subschalen, de cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met probleemsituaties om te gaan in kaart brengt. De copingstijlen worden als volgt omschrijven door Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus (1993):

1. Actief aanpakken, confronteren; het probleem rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten, doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.
2. Sociale steun zoeken; het zoeken van begrip en troost bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
3. Vermijden en afwachten; de zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.
4. Palliatieve reactie; afleiding zoeken om niet aan het probleem te hoeven denken (sport, roken, alcohol drinken)
5. Passief reactiepatroon; je volledig door het probleem in beslag laten nemen, piekeren over de situatie, terugtrekken en piekeren over het verleden.
6. Expressie van emoties; het uiten van boosheid en ergernis, spanningen afreageren.
7. Geruststellende gedachten hanteren; jezelf moed inspreken, positieve gedachten die geruststellen in de plaats van de negatieve hanteren.

Schreurs & Willige zeggen over de betrouwbaarheid dat de interne schalen matig tot goed te benoemen zijn en dat de stabiliteits-coëfficiënten redelijk hoog zijn. Dit is in verschillende groepen gemeten en dat maakt dat met de UCL redelijk stabiele eigenschappen gemeten worden.

3.3.3 De Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving

Het doel van de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving (DKB-35) is het in kaart brengen van de cognities en de affectie ten opzichte van het eigen lichaam. Lichaamsbeleving is een overkoepelende term. Deze vragenlijst gaat in op lichaamswaardering en lichaamsattitude. Deze vragenlijst is goed bruikbaar voor de hierboven beschreven doelgroep. De subschalen zijn:

- acceptatie
- seksualiteit
- vitaliteit
- aanraking
- selbsterhöhung/selbstaufwertung

De vragenlijst is nog in ontwikkeling. Dit maakt dat er niets gezegd kan worden over de betrouwbaarheid van deze vragenlijst.

3.4 Data-analyse

De Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) en de Utrechtse Coping Lijst (UCL) worden afgenomen bij de onderzoekspopulatie. Deze worden volgens het bijbehorende protocol verwerkt. Deze protocollen zijn terug te vinden in de gebruikshandleiding van de vragenlijsten. De NVE is verwerkt met een digitaal programma van Boom test uitgevers. Hierbij werden de gegevens direct vergeleken met de bijbehorende normgroep. De UCL is handmatig verwerkt en vergeleken met de normtabellen.

De Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving is nog in ontwikkeling, waarbij er nog geen normtabellen ontwikkeld zijn. Om deze vragenlijst te gebruiken wordt uitgegaan van een minimale en een maximale score op de subschaal. Van deze minimale en maximale score is het gemiddelde genomen. Vervolgens is gekeken in hoeverre de onderzoekspopulatie afwijkt van dit gemiddelde.

Binnen de vragenlijsten worden de volgende uiteenzettingen gedaan namelijk:

- Per individu met het gemiddelde
- Per leeftijdscategorie en het gemiddelde
- Per sekse en het gemiddelde

4. Resultaten

4.1 Inleiding

De resultaten die gebruikt worden in dit onderzoek zijn gebaseerd op vier cliënten die de vragenlijsten hebben ingevuld. Deze vragenlijsten zijn ingevuld door drie vrouwen en één man. Hierna volgt een omschrijving van de verschillende personen:

Tabel 1. Algemene gegevens onderzoekspopulatie

	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Sekse	Vrouw	Man	Vrouw	Vrouw
Leeftijd in jaren	35	38	26	28
Lichaamslengte in centimeters	178	201	173	169
Lichaamsgewicht in kilogram	101	149	110	130
BMI	31,9	36,9	36,8	45,5
Behandelaar/behandelinstelling	Psyq	Huisarts/ diëtist	Ziekenhuis groep Twente	Huisarts/ diëtist

De resultaten worden per vragenlijst (NVE, UCL, DKB-35) uiteengezet. Binnen de vragenlijsten worden de resultaten bekeken per individu, per leeftijd en per sekse. Hierbij wordt gekeken of er een tendens zichtbaar is in de kenmerken van de cliënt(en).

Er kan niets gezegd worden over de verschillen per sekse, doordat er aan dit onderzoek slechts één man heeft deelgenomen. Dit maakt dat de onderstaande vergelijking in sekse niet betrouwbaar is. Doordat er in dit onderzoek een deelvraag is gesteld over de verschillende kenmerken van sekse worden deze gegevens wel benoemd. Op deze manier kan in de conclusie wel iets genoemd worden over deze deelvraag.

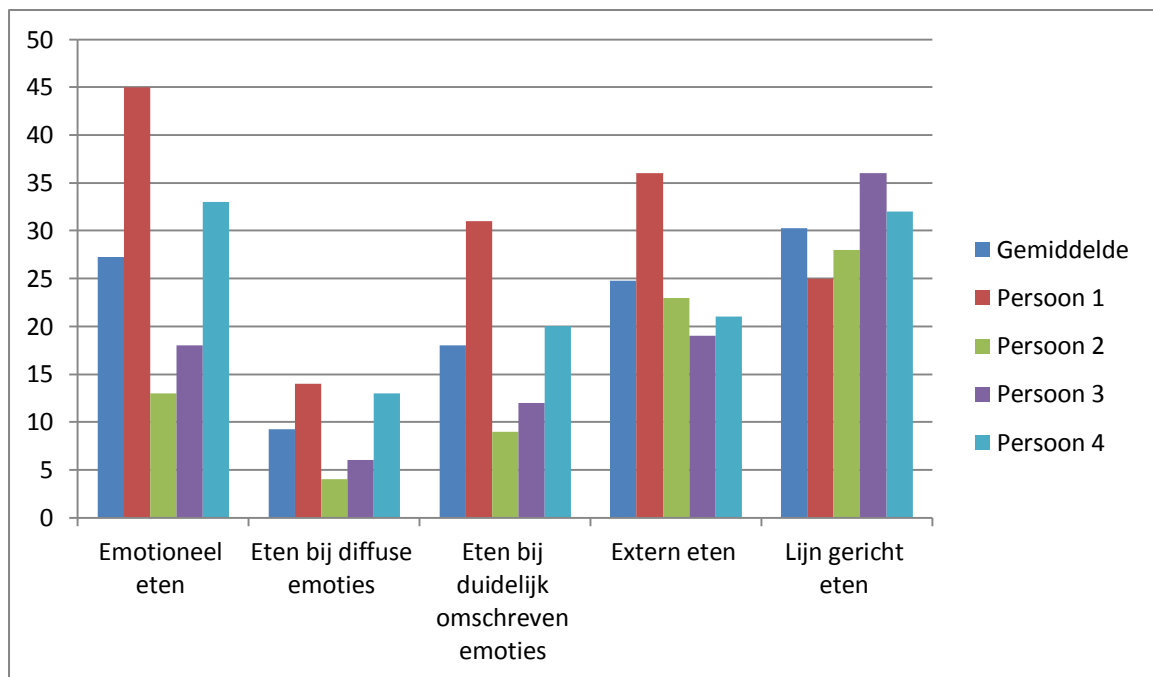
4.2 Eetgedrag

4.2.1 Individuele resultaten

Zowel in tabel 2 als in figuur 1 zijn de individuele uitslagen van de NVE zichtbaar. Over de uitslagen kan gezegd worden dat er grote individuele verschillen zijn, waardoor er geen algemene trend te benoemen is. Opvallend is dat er twee keer op lijngericht eten bovengemiddeld/ hoog gescoord is. Over extern eten kan gezegd worden dat deze laag of zeer laag gescoord wordt. Opvallend is dat persoon 1 hoog scoort op emotioneel eten. Daarnaast zijn de rest van haar scores bovengemiddeld of hoog te noemen, behalve lijngericht eten.

Tabel 2. Gemiddelde en individuele resultaten NVE

	Gemiddelde	Persoon 1.	Persoon 2.	Persoon 3.	Persoon 4.
Zeet laag	Extern eten				
Laag	Eten bij diffuse emoties		Emotioneel eten Eten bij diffuse emoties Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten	Emotioneel eten Eten bij diffuse emoties Eten bij duidelijk omschreven emoties	Extern eten
Beneden gemiddeld	Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten	Lijngericht eten			Eten bij duidelijk omschreven emoties
Gemiddeld	Lijngericht eten				Emotioneel eten Eten bij diffuse emoties Lijn gericht eten
Boven gemiddeld		Eten bij diffuse emoties	Lijngericht eten		
Hoog		Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten		Lijn gericht eten	
Zeet hoog					



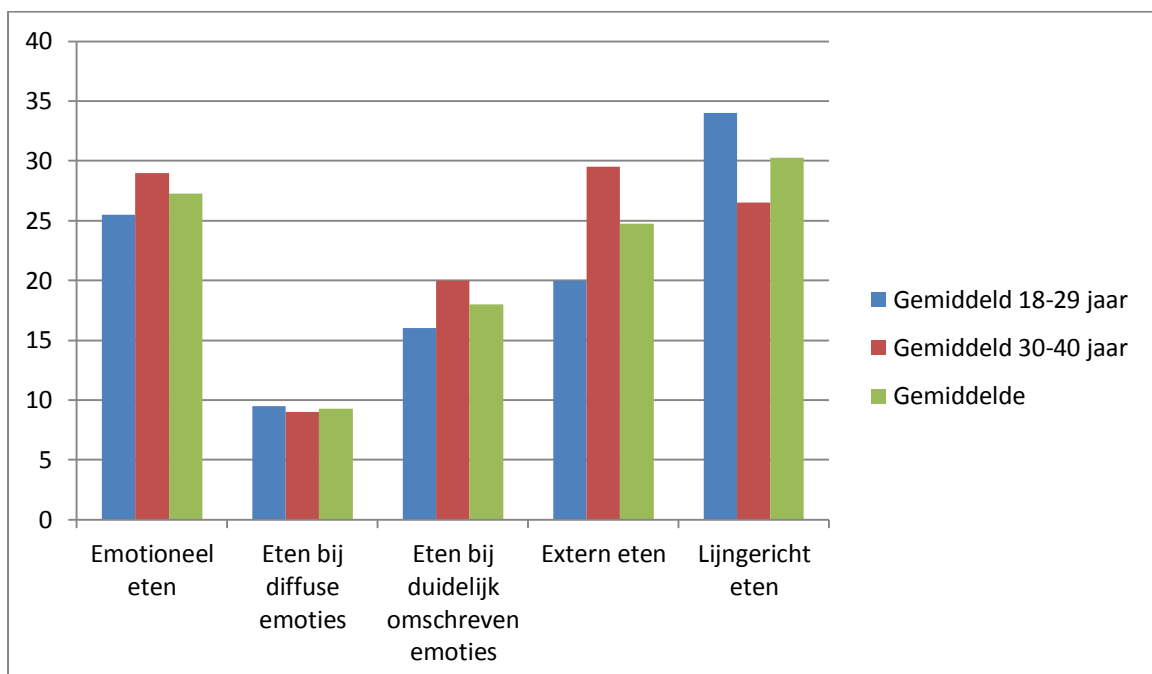
Figuur 1. Individuele en gemiddelde resultaten NVE

4.2.2 Resultaten per leeftijdscategorie

Wat opvallend is tussen de verschillende leeftijdscategorieën is dat bij extern eten en bij lijngericht eten een duidelijk verschil in de score zit. Bij lijngericht eten scoort de leeftijdsgroep 18-29 jaar bovengemiddeld en de leeftijdsgroep 30-40 jaar scoort hierop benedengemiddeld. Bij extern eten scoort de leeftijdsgroep 18-29 jaar laag en de leeftijdsgroep 30-40 jaar scoort hierop gemiddeld. Verder is te zien dat emotioneel eten, eten bij diffuse emoties en eten bij duidelijk omschreven emoties laag of beneden gemiddeld scoort bij beide leeftijdsgroepen.

Tabel 3. Gemiddelde resultaten NVE per leeftijdscategorie

	Gemiddelde	Gemiddelde 18-29 jaar	Gemiddelde 30-40 jaar
Zeer laag			
Laag	Eten bij diffuse emoties	Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten	Eten bij diffuse emoties
Beneden gemiddeld	Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten	Eten bij diffuse emoties	Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Lijngericht eten
Gemiddeld	Lijngericht eten		Extern eten
Boven gemiddeld		Lijngericht eten	
Hoog			
Zeer hoog			



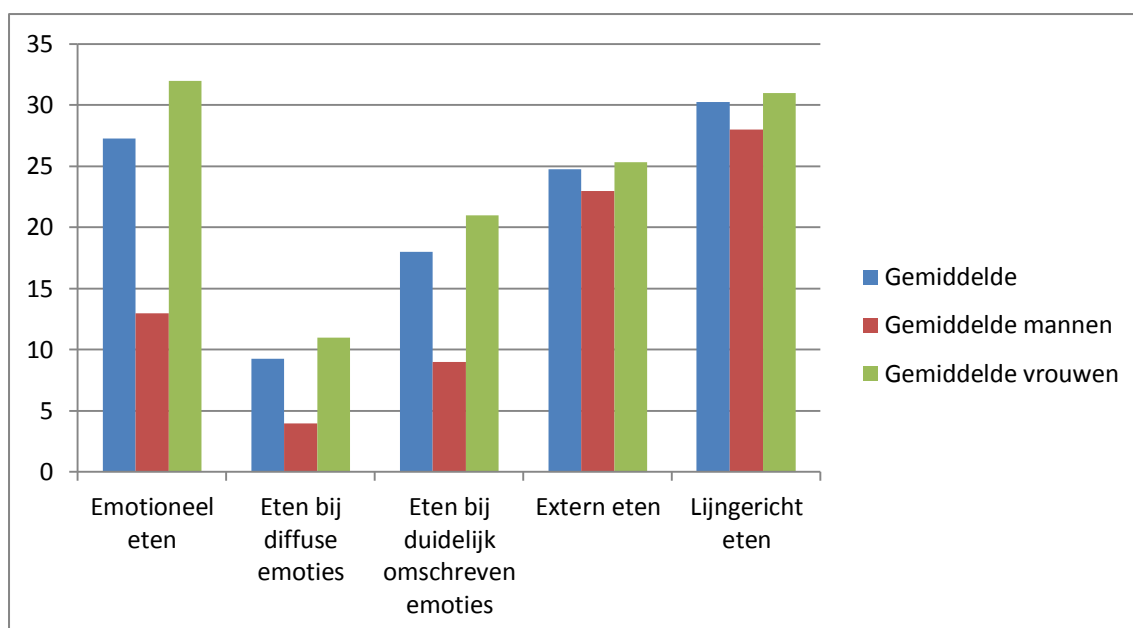
Figuur 2. Gemiddelde resultaten NVE per leeftijdscategorie

4.2.3 Resultaten per sekse

Grote verschillen zijn zichtbaar bij de score op emotioneel eten, eten bij diffuse emoties en eten bij duidelijk omschreven emoties. Hier scoren de vrouwen aanmerkelijk hoger dan de mannen. De resultaten op extern eten en lijngericht eten liggen dicht bij elkaar dan de scores op emotioneel eten, eten bij diffuse emoties en eten bij duidelijk omschreven emoties.

Tabel 4. Gemiddelde resultaten NVE per sekse

	Gemiddelde score	Gemiddelde mannen	Gemiddelde vrouwen
Zeer laag			
Laag	Eten bij diffuse emoties	Emotioneel eten Eten bij diffuse emoties Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten	
Beneden gemiddeld	Emotioneel eten Eten bij duidelijk omschreven emoties Extern eten		Emotioneel eten Extern eten
Gemiddeld	Lijngericht eten		Eten bij diffuse emoties Eten bij duidelijk omschreven emoties Lijngericht eten
Boven gemiddeld		Lijngericht eten	
Hoog			
Zeer hoog			



Figuur 3. Gemiddelde resultaten NVE per sekse

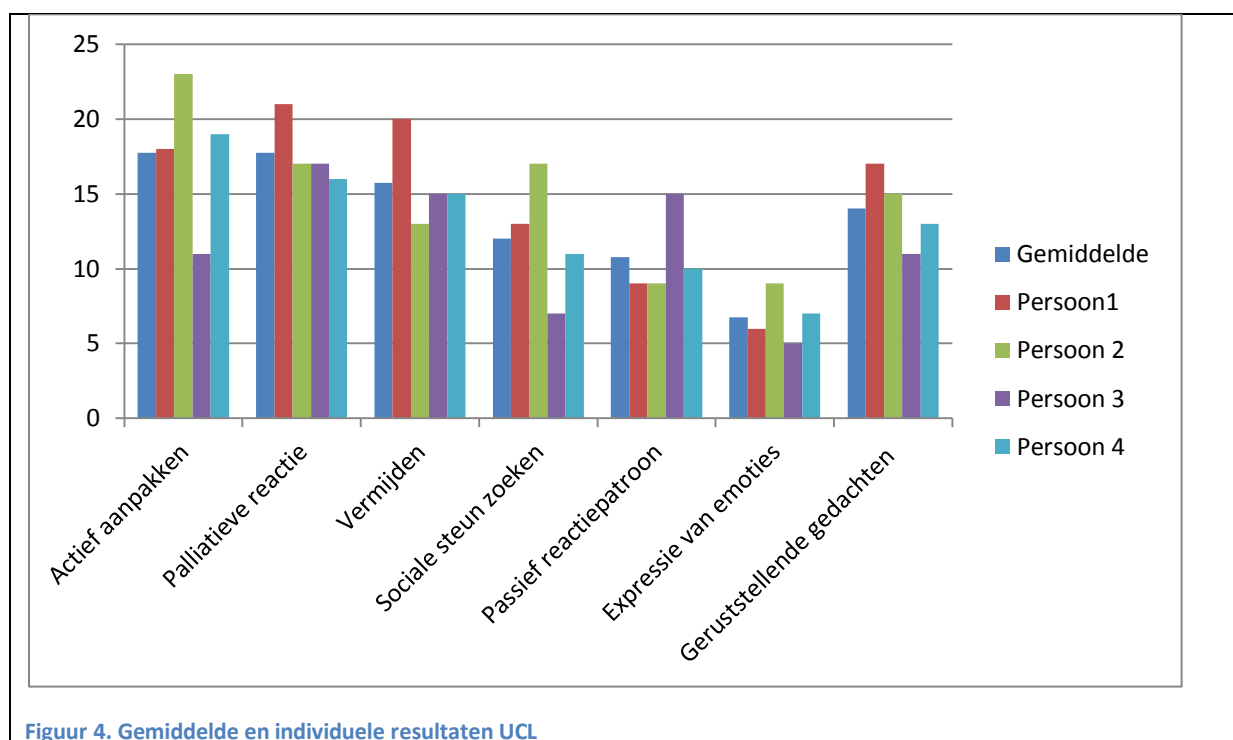
4.3 Copingstijlen

4.3.1 Individuele resultaten

Uit de resultaten kan opgemaakt worden dat de individuele copingstijlen erg wisselend zijn. Wat opvallend is, dat geruststellende gedachten bij drie personen hoog tot zeer hoog scoort. De copingstijl sociale steun zoeken scoort zeer laag tot gemiddeld, met een keer een uitschieter naar zeer hoog. De copingstijl passief reactie patroon scoort gemiddeld met een uitschieter naar zeer hoog. De copingstijl vermijden zit driemaal op gemiddeld en kent een uitschieter naar zeer hoog.

Tabel 5. Gemiddelde en individuele resultaten UCL

	Gemiddelde	Persoon 1.	Persoon 2.	Persoon 3.	Persoon 4.
Zeer laag				Actief aanpakken Sociale steun zoeken	
Laag				Expressie van emoties	Sociale steun zoeken
Gemiddeld	Actief aanpakken Vermijden Sociale steun zoeken Passief reactie patroon	Actief aanpakken Sociale steun zoeken Passief reactiepatroon Expressie van emoties	Palliatieve reactie Vermijden Passief reactiepatroon	Palliatieve reactie Vermijden Geruststellende gedachten	Actief aanpakken Palliatieve reactie Vermijden Passief reactiepatroon
Hoog	Palliatieve reactie Geruststellende gedachten Expressie van emoties	Palliatieve reactie	Actief aanpakken		Expressie van emoties Geruststellende gedachten
Zeer hoog		Vermijden Geruststellende gedachten	Sociale steun zoeken Expressie van emoties Geruststellende gedachten	Passief reactiepatroon	



Figuur 4. Gemiddelde en individuele resultaten UCL

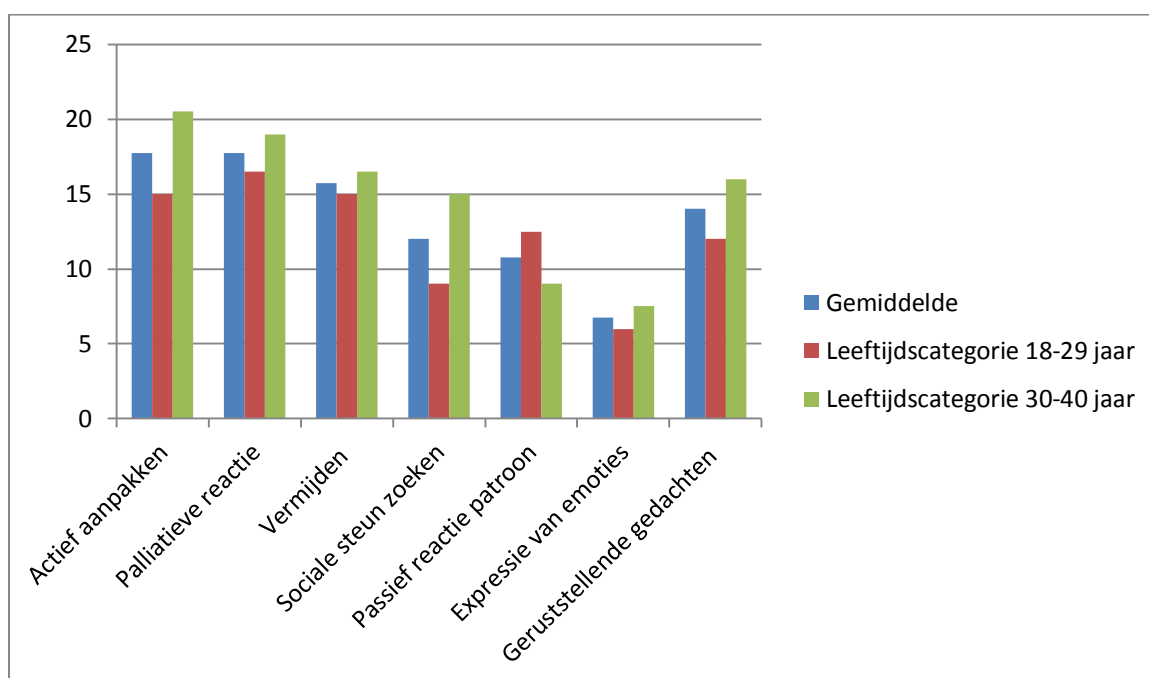
4.3.2 Gemiddelde resultaten UCL per leeftijd

Uit de resultaten valt op dat het actief aanpakken erg met elkaar verschilt, zo scoort deze bij de leeftijdscategorie 18-29 jaar laag en bij de leeftijdscategorie 30-40 jaar hoog. Daarnaast scoort de leeftijdscategorie 18-29 jaar bij geruststellende gedachten gemiddeld en de leeftijdscategorie 30-40 jaar zeer hoog. Dit kunnen grote verschillen worden genoemd.

Minder grote verschillen zijn verschillen zitten op vermijden, passief reactie patroon en expressie van emoties. Bij vermijden en expressie van emoties scoort de leeftijdscategorie 30-40 jaar hoog en de leeftijdscategorie 18-29 jaar gemiddeld scoort. Bij passief reactie patroon is dit andersom.

Tabel 6. Gemiddelde resultaten UCL per leeftijdscategorie

	Gemiddelde	Gemiddelde 18-29 jaar	Gemiddelde 30-40 jaar
Zeer laag			
Laag		Actief aanpakken Sociale steun zoeken	
Gemiddeld	Actief aanpakken Vermijden Sociale steun zoeken Passief reactie patroon	Palliatieve reactie Vermijden Expressie van emotie Geruststellende gedachten	Palliatieve reactie Sociale steun zoeken Passief reactie patroon
Hoog	Palliatieve reactie Geruststellende gedachten Expressie van emoties	Passief reactie patroon	Actief aanpakken Vermijden Expressie van emoties
Zeer hoog			Geruststellende gedachten



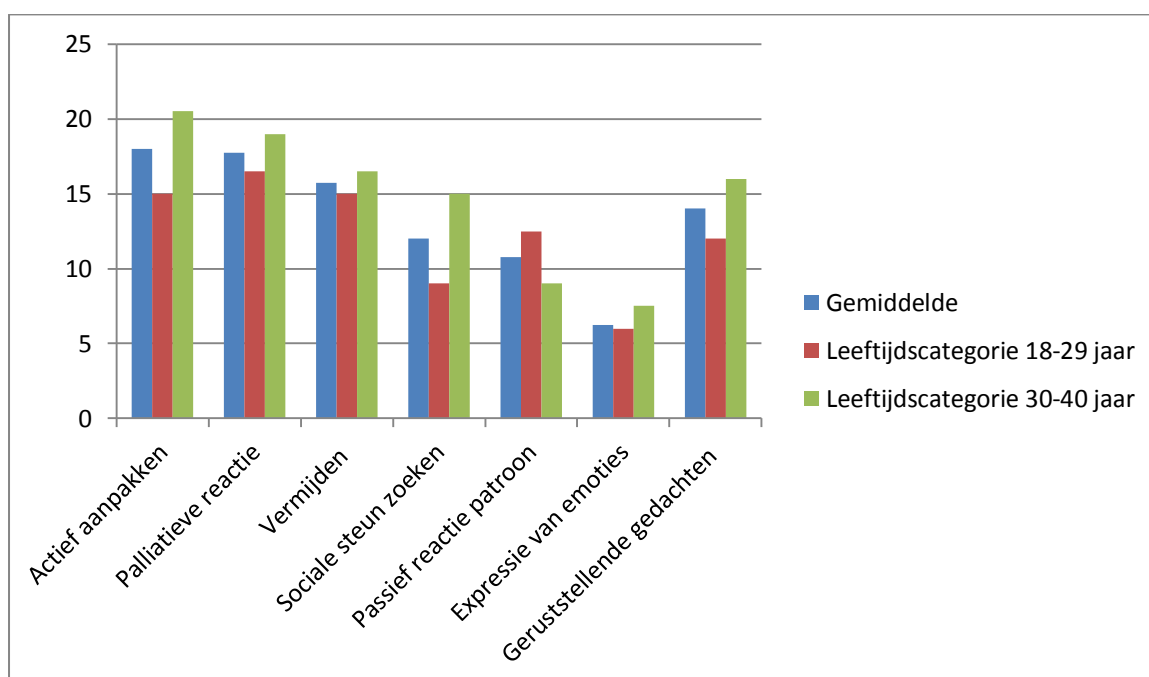
Figuur 5. Gemiddelde resultaten UCL per leeftijdscategorie

4.3.3 Gemiddelde resultaten UCL per sekse

Bij het actief aanpakken scoren de vrouwen laag, terwijl de mannen hoog scoren. De vrouwen scoren bij vermijden hoog, daarentegen scoren de mannen gemiddeld. De mannen scoren bij sociale steun zoeken zeer hoog en de vrouwen laag. Dit is een groot verschil in de score. De mannen scoren zeer hoog bij expressie van emotie, terwijl vrouwen gemiddeld scoren. Bij geruststellende gedachten scoren de vrouwen hoog en de mannen zeer hoog.

Tabel 7. Gemiddelde resultaten UCL per sekse

	Gemiddelde	Mannen	Vrouwen
Zeer laag			Actief aanpakken
Laag			Sociale steun zoeken
Gemiddeld	Actief aanpakken Vermijden Sociale steun zoeken Passief reactie patroon	Palliatieve reactie Vermijden Passief reactie patroon	Palliatieve reactie Passief reactie patroon Expressie van emoties
Hoog	Palliatieve reactie Geruststellende gedachten Expressie van emoties	Actief aanpakken	Vermijden Geruststellende gedachten
Zeer hoog		Sociale steun zoeken Expressie van emoties Geruststellende gedachten	



Figuur 6. Gemiddelde resultaten UCL per sekse

4.4 Lichaamsbeleving

4.4.1 Individuele resultaten

Tabel 8 geeft de minimale en maximale score weer bij de verschillende schalen van de DKB-35. Op deze wijze kan er gekeken worden waar de cliënten hoog of laag op gescoord hebben.

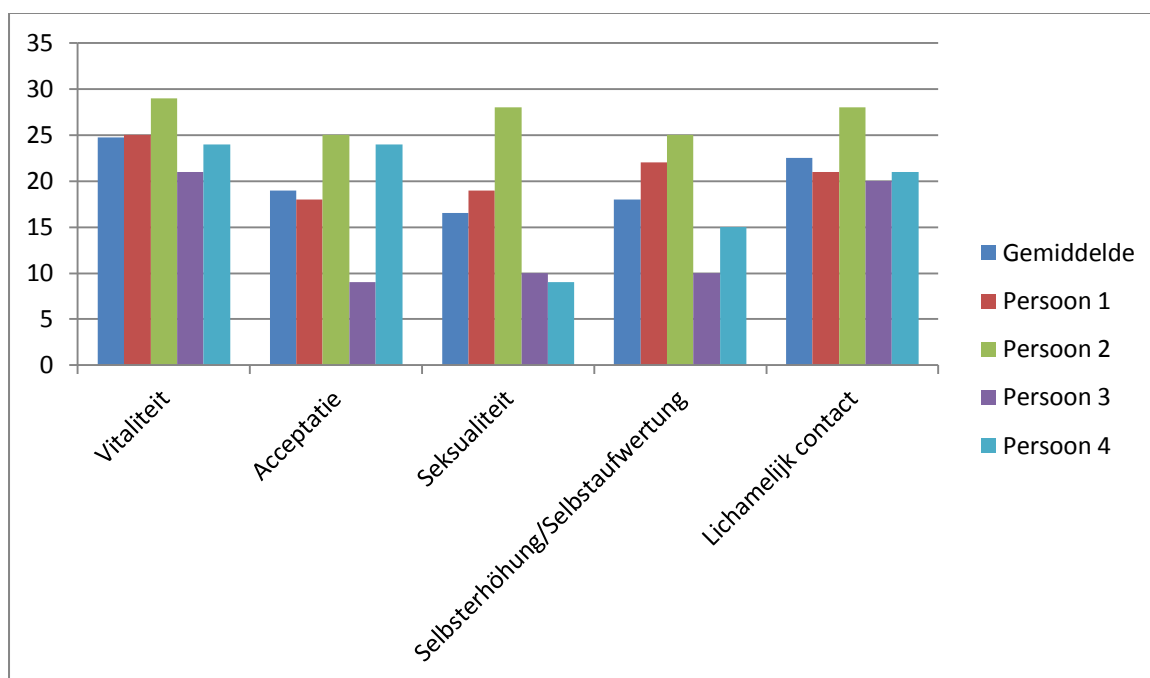
Bij vitaliteit is een tendens te zien. Hier liggen de scores dichtbij elkaar, rond een gemiddelde van 24,75. Dit ligt rond het gemiddelde van de minimale en maximale score. De gemiddelde score van acceptatie ligt op 19, terwijl de gemiddelde score van de te behalen score 24 is. Hierbij haalt persoon 3 het gemiddelde extreem omlaag, doordat haar score extreem lager is dan van de andere personen. Seksualiteit en selbsterhöhung/ selbstaufwertung scoort iets onder het gemiddelde van de totaal score. Bij de beide subschalen wordt gezien dat de score varieert. Lichamelijk contact scoort daarentegen boven het gemiddelde van de te behalen score.

Tabel 8. Gemiddelde, minimale en maximale score DKB-35

	Gemiddelde score	Minimale score	Maximale score
Vitaliteit	24	8	40
Acceptatie	24	8	40
Seksualiteit	18	6	30
Selbsterhöhung/ selbstaufwertung	21	7	35
Lichamelijk contact	18	6	30

Tabel 9. Gemiddelde en individuele resultaten DKB-35

	Gemiddelde	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
Vitaliteit	24,75	25	29	21	24
Acceptatie	19	18	25	9	24
Seksualiteit	16,5	19	28	10	9
Selbsterhöhung/ selbstaufwertung	18	22	25	10	15
Lichamelijk contact	22,5	21	28	20	21



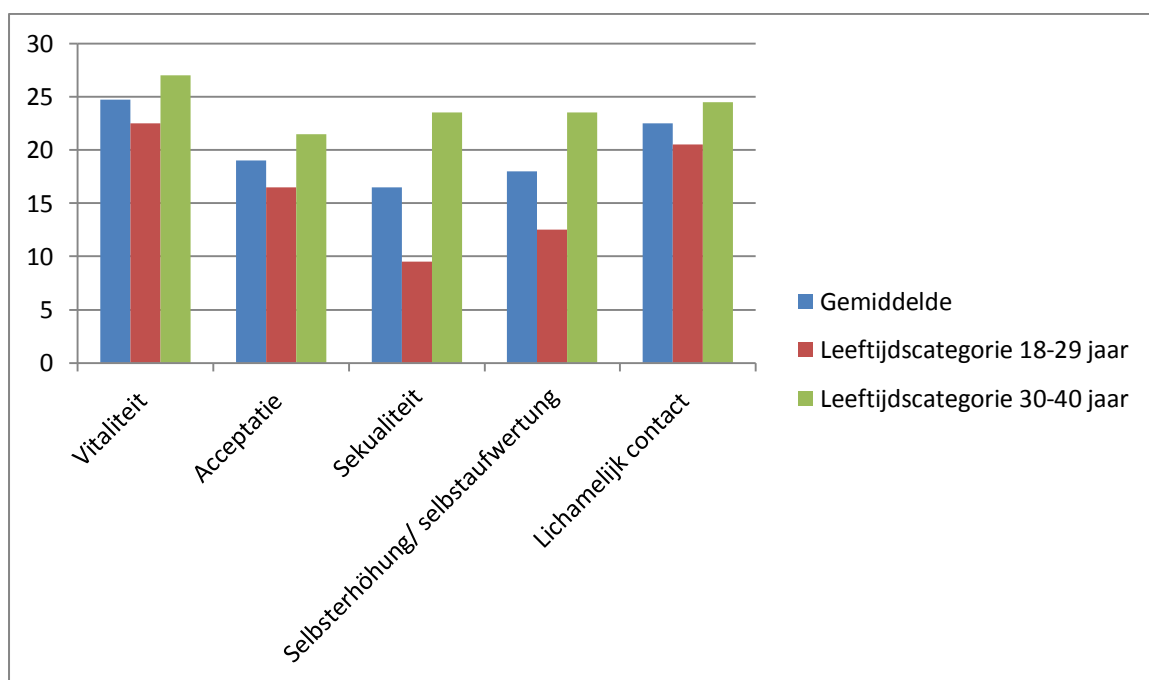
Figuur 7. Gemiddelde en individuele resultaten DKB-35

4.4.2 Gemiddelde resultaten DKB-35 per leeftijdscategorie

Wat opvalt is dat er twee grote verschillen zichtbaar zijn. Dit geldt voor de subschalen seksualiteit en sebsterrhöhung/ selbstaufwertung. Waarbij de leeftijdscategorie 18-29 jaar duidelijk lager scoort dan de leeftijdscategorie 30-40 jaar. Ook op de andere subschalen zijn er verschillen zichtbaar. Deze verschillen zitten rond de vijf punten. In het geheel is te zien dat de leeftijdscategorie 18-29 jaar duidelijk lager scoort dan de leeftijdscategorie 30-40 jaar.

Tabel 10. Gemiddelde resultaten DKB-35 per leeftijdscategorie

	Gemiddelde	Leeftijdscategorie 18-29 jaar	Leeftijdscategorie 30-40 jaar
Vitaliteit	24,75	22,5	27
Acceptatie	19	16,5	21,5
Sekualiteit	16,5	9,5	23,5
Selbsterhöhung/ selbstaufwertung	18	12,5	23,5
Lichamelijk contact	22,5	20,5	24,5



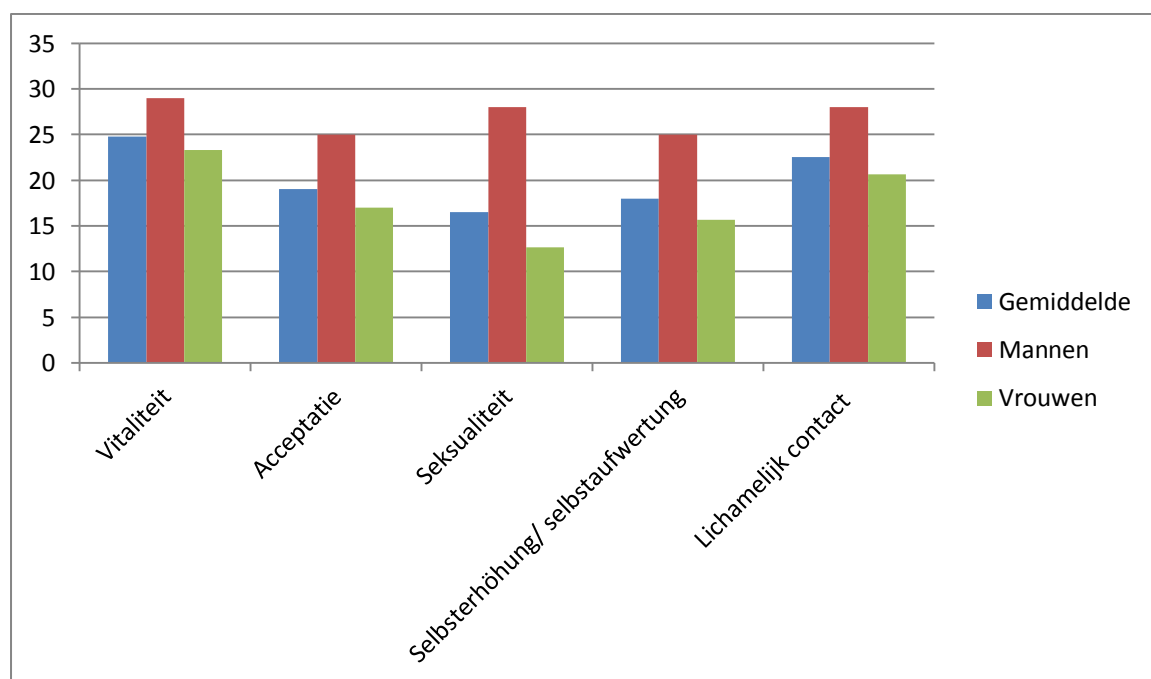
Figuur 8. Gemiddelde resultaten DKB-35 per leeftijdscategorie

4.4.3 Resultaten DKB-35 per sekse

Over het geheel scoren de vrouwen lager dan de mannen. Het grootste verschil zit bij de subschaal seksualiteit. Het verschil in de overige subschalen varieert van zes tot negen punten.

Tabel 11. Gemiddelde resultaten DKB-35 per sekse

	Gemiddelde	Mannen	Vrouwen
Vitaliteit	24,75	29	23,33
Acceptatie	19	25	17
Seksualiteit	16,5	28	12,67
Selbsterhöhung/ selbstaufwertung	18	25	15,67
Lichamelijk contact	22,5	28	20,67



Figuur 9. Gemiddelde resultaten DKB-35 per sekse

5. Discussie

5.1 Onderzoekspopulatie

Het streven was om 20-30 cliënten in de leeftijd van 18-40 jaar met een BMI hoger dan 30 in behandeling bij een psychomotorische therapeut of bewegingsagoog de vragenlijsten te laten invullen. De onderzoekspopulatie is bijgesteld naar vier cliënten, aangezien diverse instellingen niet wilden meewerken vanwege andere lopende onderzoeken. Er zijn zeventien instellingen benaderd (zie bijlage 1 benaderde instellingen). Er is slechts één instelling die positief heeft gereageerd, namelijk Psyq. De overige instellingen wilden niet meewerken. Er werden verschillende redenen opgegeven, zoals intern lopende onderzoek, te grote belasting van de cliënt en geen ruimte in het programma van de cliënt. Psyq zou vijf cliënten hebben voor medewerking. Er is echter maar één vragenlijst binnengekomen. Dit kan te maken hebben met schaamte bij de doelgroep, te weinig tijd en geen interesse.

Om toch meer cliënten te betrekken bij het onderzoek is er gekozen voor een verbreding van de onderzoekspopulatie. Daardoor is slechts één cliënt in behandeling bij een psychomotorisch therapeut. De andere cliënten zijn in behandeling bij de huisarts, diëtist en/of specialist (bariatrische chirurgie). Alle cliënten voldeden aan de leeftijd en de BMI hoogte criteria. Het streven van dit onderzoek was om evenveel mannen als vrouwen te betrekken. Dit streven is niet behaald. Daarmee zijn er drie vragenlijsten ingevuld door vrouwen en een vragenlijst door één man.

Door de hierboven beschreven afwijkingen van de inclusie criteria kunnen de resultaten vertekend zijn. Door de kleine onderzoekspopulatie zijn er geen algemene uitspraken te doen over de gehele onderzoekspopulatie. De individuele verschillen zouden mogelijk verklaard kunnen worden door de verschillende behandelingen die de cliënten kregen. Ook de verhouding mannen en vrouwen zorgt voor een vertekening van de vergelijking van resultaten per sekse. Dit komt doordat de vragenlijsten slechts door één man zijn ingevuld. Hierdoor is er geen sprake van een gemiddelde voor de categorie van de mannen, deze is dan ook niet te berekenen. Er is dus geen betrouwbare vergelijking per sekse.

5.2 Onderzoeksinstrumenten

De Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving (DKB-35) is nog in ontwikkeling. Dit maakt dat deze nog niet onderzocht is op betrouwbaarheid en validiteit. Daarnaast zijn er nog geen normtabellen ontwikkeld. Hierdoor is het niet mogelijk om aan te geven op welke subschalen cliënten met obesitas afwijkend scoren ten opzichte van de normgroepen bij de DKB-35.

Lichaamsbeleving is een paraplu begrip met diverse subdimensies. Er zou onderscheid gemaakt kunnen worden tussen lichaamswaardering lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn. De DKB-35 gaat alleen in op lichaamswaardering en lichaamsattitude. Er kan aan de hand van de resultaten niets gezegd worden over lichaamsbewustzijn.

5.3 Wijze van afname

De vragenlijsten zijn op verzoek van de instellingen per post verstuurd. Hiermee is er geen "face to face" contact geweest. Er kan verwarring zijn ontstaan omtrent de vraagstelling van de vragenlijsten. Hier hebben we niet op in kunnen springen, waardoor er mogelijk fluctuerende resultaten zijn ontstaan. Wel hebben we een begeleidende brief toegevoegd aan de vragenlijsten. In deze brief stond vermeld wat de aanleiding was van dit onderzoek, welke vragenlijsten er ingevuld moesten

worden en op welke wijze dit gedaan kon worden. hierbij is er ook aangegeven dat de cliënten de vragenlijsten kunnen invullen naar hoe zij momenteel hun problematiek ervaren.

5.4 Data-analyse

Bij het verwerken van de vragenlijsten deden zich een aantal obstakels voor. Deze zullen per vragenlijst benoemd worden en uitgewerkt worden hoe deze zijn opgelost.

5.4.1 Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag

Bij het verwerken van de resultaten van het totaal gemiddelde konden niet vergeleken worden. Dit kwam doordat er alleen normtabellen zijn voor alleen mannen en alleen vrouwen. Er is dus geen combinatie normtabel waarin mannen en vrouwen betrokken zijn. Daarmee is de keuze gemaakt om het totaal gemiddelde te vergelijken met de normtabel voor vrouwen in de leeftijd van 21-40 jaar. De reden dat hiervoor gekozen is, is dat de meerderheid van de onderzoekspopulatie vrouw is tussen de 18-40 jaar.

Een vergelijkbaar obstakel werd gezien bij de vergelijking tussen de leeftijdscategorieën. Hierbij is dezelfde overweging gemaakt als bij het hierboven genoemde obstakel. Wederom is er gekozen om te vergelijken met de normtabel voor vrouwen tussen de 21-40 jaar. Door gebruik te maken van een normtabel voor vrouwen tussen de 21-40 jaar, terwijl er een man in de onderzoekspopulatie zit, kan de betrouwbaarheid van de vergelijking verminderd zijn.

5.4.2 Utrechtse Coping Lijst

Voor de Utrechtse Coping Lijst (UCL) geldt wederom het obstakel zoals bij de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE). De normtabellen voor de UCL zijn anders dan de normtabellen voor de NVE. In de overweging zijn dezelfde stappen gemaakt als bij de overweging die gemaakt is bij de NVE. Dit heeft geleid tot de keuze voor het hanteren van de normtabel voor vrouwen van 18-65 jaar. door gebruik te maken van een normtabel voor vrouwen tussen de 18-65 jaar, terwijl er één man in de onderzoekspopulatie zit, kan de betrouwbaarheid van de vergelijking verminderd zijn.

5.4.3 Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving

Doordat de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving (DKB-35) nog in ontwikkeling is, zijn er nog geen normtabellen. Hiermee is de keuze gemaakt om uit te gaan van het gemiddelde van de minimale en maximale score die te behalen is op de verschillende subschalen. Hiermee kan niet duidelijk gezegd worden of cliënten met obesitas afwijken van de norm.

5.4.4 De keuzes vanuit de vragenlijsten

De invloed van de hierboven beschreven keuzes is dat er vertekening plaats heeft gevonden op de resultaten. Het inhoud van die vertekening is dat op deze wijze er geen rekening is gehouden met sekse verschillen. Ook binnen de leeftijdscategorieën is er geen aparte normtabel gebruikt, wat maakt dat de resultaten vertekend kunnen zijn.

6. Conclusie

Met dit onderzoek is antwoord gezocht op de volgende vraagstelling:

Welke kenmerken hebben cliënten tussen de 18 en 40 jaar die in behandeling zijn bij een psychomotorische therapeut of bewegingsagoog voor obesitas als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving?

Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van drie vragenlijsten, namelijk de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag, Utrechtse Coping Lijst en de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving. Naast het gebruik van de resultaten van dit onderzoek die komen uit de drie vragenlijsten, wordt ook de literatuur geraadpleegd.

als eerst wordt de hoofdvraag beantwoord. Daarna worden de deelvragen beantwoord.

6.1 Welke kenmerken hebben cliënten tussen de 18 en 40 jaar die in behandeling zijn bij een psychomotorische therapeut of bewegingsagoog voor obesitas als het gaat om eetgedrag, copingstijlen en lichaamsbeleving?

Er zijn grote individuele verschillen zichtbaar tussen de verschillende cliënt. Hierdoor staat onderstaande conclusie ter discussie.

De algemene kenmerken van de cliënten worden gekenmerkt bij eetgedrag door lijngericht eten. Dit is in strijd met wat Van Strien (2013) zegt. Zij geeft aan dat mensen met overgewicht en obesitas een hogere zelfrapportage laten zien op emotioneel eten.

Over de copingstijlen kan gezegd worden dat de cliënten gemiddeld scoren op actief aanpakken, vermijden, sociale steun zoeken en passief reactie patroon. Ze scoren hierbij hoog op palliatieve reactie, geruststellende gedachten en expressie van emoties. Uit onderzoek van Van Strien (2013) zou geconcludeerd kunnen worden, dat emotioneel eten lijkt op de copingstijl palliatieve reactie. Dit bevestigt de resultaten van dit onderzoek op het gebied van palliatieve reactie. Werrij et al. (2009) ziet in haar onderzoek dat mensen met obesitas veel denken over hun lichaamsgewicht en lichaamsvorm. Hierdoor was de verwachting dat cliënten met obesitas hoger zouden scoren op passief reactie patroon. Dit blijkt echter niet uit dit onderzoek.

De kenmerken van lichaamsbeleving zijn dat cliënten rond het gemiddelde scoren op vitaliteit en seksualiteit. Zij scoren lager op acceptatie en selbsterhöhung/selbstaufwertung. Zij scoren hoger op lichamelijk contact. Hierover zou gezegd kunnen worden dat cliënten moeite ervaren met het accepteren van het eigen lichaam en zelfwaardering. Uit de onderzoeken van Aruguetea, Edman & Yates (2009) en Van den Bosch (z.j.) blijkt dat cliënten met obesitas vaker te kampen hebben met een negatieve beleving van het eigen lichaam. Dit komt met name voor bij vrouwen met obesitas en cliënten die al van kinds af aan overgewicht hebben. Dit zou de resultaten van dit onderzoek kunnen bevestigen.

6.2 Welk eetgedrag hebben cliënten?

Uit de resultaten blijkt dat lijngericht eten gemiddeld genomen het hoogste scoort van de verschillende subschalen. Er zijn echter grote individuele verschillen zichtbaar, waardoor moeilijk te zeggen is of dit voor de gehele cliëntpopulatie geldt. Het resultaat van dit onderzoek heeft andere resultaten dan het onderzoek van Van Strien (2013).

6.3 Welke copingstijlen hebben cliënten?

Uit dit onderzoek blijkt dat er grote individuele verschillen zijn tussen de cliënten. Hierbij zijn de copingstijlen actief aanpakken, sociale steun zoeken en expressie van emoties zeer laag of laag gescoord op individueel niveau. Vanuit de onderzoeken van Van Strien (2013) en Werrij et al. (2009) was de verwachting dat er hoog gescoord zou worden op palliatieve reactie en passief reactie patroon. Dat er hoog gescoord zou worden op palliatieve reactie sluit aan bij dit onderzoek. Daarentegen wordt het resultaat van dit onderzoek op passief reactie patroon niet bevestigd door het onderzoek van Werrij et al. (2009).

6.4 Wat voor een lichaamsbeleving hebben cliënten?

Alle cliënten komen rond het gemiddelde wat betreft vitaliteit. Over vitaliteit kan dus gezegd worden dat dit geen probleem vormt voor de cliënten. De acceptatie van het eigen lichaam ligt gemiddeld genomen onder het normgemiddelde. De cliënten ervaren mogelijk problemen op het gebied van seksualiteit en selbsterhöhung/ selbstaufwertung. Lichamelijk contact scoort daarentegen boven gemiddeld. Lichamelijk contact lijkt daarmee geen probleem.

6.5 Zijn er verschillen in kenmerken tussen de leeftijdscategorie 18-29 jaar, 30-40 jaar.

Er is een duidelijk verschil in eetgedrag tussen de beide leeftijdscategorieën. Zo scoort de leeftijdscategorie 18-29 jaar duidelijk hoger op lijngericht eten, dan de leeftijdscategorie 30-40 jaar. In de leeftijdscategorie 30-40 jaar scoort extern eten hoger dan bij de leeftijdscategorie 18-29 jaar. Daarover zou dus gezegd kunnen worden dat de leeftijdscategorie 18-19 jaar meer gericht is op lijngericht eten en de leeftijdscategorie 30-40 jaar meer extern eet.

De verschillen in copingstijlen zien we dat de leeftijdscategorie 30-40 jaar hoger scoort op sociale steun zoeken, actief aanpakken, vermijden, expressie van emotie en geruststellende gedachten. De leeftijdscategorie 18-29 jaar scoort hoger op passief reactie patroon. Er kan gezegd worden dat de leeftijdscategorie 30-40 jaar meer copingstijlen ontwikkeld heeft dan de leeftijdscategorie 18-29 jaar.

Binnen lichaamsbeleving kan er gezien worden dat de leeftijdscategorie 18-29 jaar lager op alle subschalen in vergelijking met de leeftijdscategorie 30-40 jaar. Dit betekent dat de leeftijdscategorie 18-29 jaar meer problemen ervaart op het gebied van lichaamsbeleving dan de cliënten uit de leeftijdscategorie 30-40 jaar.

6.6 Zijn er verschillen in de kenmerken van cliënten tussen mannen en vrouwen?

Doordat er slechts één man heeft deelgenomen aan dit onderzoek is de vergelijking per sekse niet betrouwbaar.

De vrouwen scoren op eetgedrag hoger op de subschalen emotioneel eten, eten bij diffuse emoties, eten bij duidelijk omschreven emoties en extern eten. De man scoort hoger op lijn gericht eten dan de vrouwen. Hierover zou gezegd kunnen worden dat vrouwen mogelijk meer geneigd zijn tot emotioneel eten in vergelijking met de man. Uit onderzoek van Larsen, Van Strien, Eisinga & Engels (2006) blijkt dat vrouwen hoger scoren op emotioneel eten dan mannen.

De Man en vrouwen scoren ongeveer gelijk op de copingstijlen palliatieve reactie en passief reactie patroon. De man scoort in vergelijking met vrouwen lager op de copingstijl vermijden. Op de copingstijlen actief aanpakken, sociale steun zoeken, expressie van emoties en geruststellende gedachten scoort de man hoger dan vrouwen.

Op lichaamsbeleving scoren de vrouwen op alle subschalen lager dan de man. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat vrouwen meer negatieve cognities en negatieve affectie hebben ten opzichte van hun eigen lichaam. Uit onderzoek van Aruguetea, Edman & Yates (2009) blijkt dat cliënten en dan met name vrouwelijke cliënten te kampen hebben met een negatief zelfbeeld. Dit zou de resultaten van dit onderzoek kunnen bevestigen.

7. Aanbevelingen

Met dit onderzoek is antwoord gegeven op de vraag welke kenmerken cliënten met obesitas in de leeftijd 18-40 jaar hebben. Er is echter twijfel over de betrouwbaarheid van de resultaten en het antwoord op de hoofdvraag. Het advies is daarmee om het onderzoek te herhalen met een grotere onderzoekspopulatie.

Daarnaast is het advies om de inclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie aan te passen op de doelgroep van de mobiele applicatie. Daarmee wordt bedoeld dat er gekeken wordt naar welke behandeling de doelgroep van de mobiele applicatie krijgt. De onderzoekspopulatie zal dan geworven moeten worden binnen behandelingsinstellingen die dit bieden.

De resultaten op lichaamsbeleving zijn niet valide aangezien de Dresdener Vragenlijst Lichaamsbeleving (DKB-35) nog niet aangetoond betrouwbaar is. Het advies is om de lichaamsbeleving van cliënten met obesitas verder te onderzoeken ofwel met een betrouwbare vragenlijst ofwel te wachten met verder onderzoek tot de betrouwbaarheid van de DKB-35 is aangetoond.

Het advies aan de Hanze Hogeschool Groningen is om kritisch te zijn bij het gebruik van de resultaten van dit onderzoek gezien de validiteit van het onderzoek.

8. Literatuurlijst

- Aruguete, M.S., Edman, J.L., & Yates, A. (2009). Romantic interest in obese college students. *Eating Behaviours*, 10, 143-145.
- Bakker, E., & van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, J., Samu Samu, S., Brinkhof, E., Lindhout, W., Brummel, M., & Yekhle, S. (2013). *Adviesrapport*. Groningen: Hanzehogeschool
- Cannon, C.P. & Kumar, A. (2009) Treatment of Overweight and Obesity: Lifestyle, Pharmacologic, and Surgical Options. *Clinical Cornerstone* Vol. 9, No.4, p. 55-71
- Center for eHealth research and Disease Management (2012) About eHealth. Geraadpleegd op http://www.ehealthresearchcenter.org/wiki/index.php/About_eHealth
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009) De digitale economie 2009. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/E87BCAE8-8F0E-4F43-90FE-B44F3D513E8A/0/2009p34pub.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011) Gezondheid en zorg in cijfers 2011. Den Haag: CBS. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/935FE963-90F9-4439-8E1A-54A92D20CE78/0/2011c156pub.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014) Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81177NED&LA=NL>
- Centrum voor Obesitas Nederland (z.j.) [Gevolgen overgewicht]. Leeuwarden. Geraadpleegd op <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/overgewicht/gevolgen-overgewicht/>
- Centrum voor obesitas Nederland. (z.j.). [informatie obesitas]. Leeuwarden. geraadpleegd op <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/>
- Centrum voor Obesitas Nederland (z.j.) [Oorzaken overgewicht]. Leeuwarden. Geraadpleegd op <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/overgewicht/oorzaken-overgewicht/>
- De Groot, I., & Brugging, J. (2012). Steeds meer overgewicht. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3651-wm.htm>
- Fellinger, P. (2008) Bewegingsthema's (PMT-thema's) een toelichting. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim
- Gezondheidsraad (2003). Overgewicht en obesitas. Publicatienr 2003/07. Den Haag.
- Jansen, A. & Mulkens, S. (2011). Cognitieve therapie bij eetstoornissen en obesitas. In: Bogels, S.M. & van Oppen, P. (red.) *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*, pag 357-388. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ & Trimbos instituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*. Geraadpleegd op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Larsen, J.K., Van Strien, T., Eisinga, R. & Engels R.C.M.E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-243. Amsterdam: Elsevier

Lueb, A., Jungen, M., Van Engelen, E. (2012). Uitgebreide toelichting van het meetinstrument – Utrechtse Coping Lijst (UCL) Geraadpleegd op http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/424_1_N.pdf

Nederlands Jeugd Instituut (z.j.) Databank Instrumenten en Richtlijnen – Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE). Geraadpleegd op [www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Nederlandse-Vragenlijst-voor-Eetgedrag-\(NVE\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Nederlandse-Vragenlijst-voor-Eetgedrag-(NVE))

Nederlandse academie voor eetstoornissen. ‘z.j.’. [Eetstoornissen] Geraadpleegd op <http://www.eetstoornis.info/clienten>

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut. Utrecht: NVPMT, Utrecht maart 2009. Geraadpleegd op <http://nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2013) Gevolgen. Assen. Geraadpleegd op http://www.eetstoornis.info/nae/cms_ken3.nsf/viewdoc/006108D13919CC8EC125727D006FDB8D

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2013) Oorzaken. Assen. Geraadpleegd op http://www.eetstoornis.info/nae/cms_ken3.nsf/viewdoc/4A8E87D31E619BF4C1257282004DC93C

Obesitas vereniging. (z.j.). [informatie obesitas] geraadpleegd op <http://www.obesitasvereniging.nl/>

Pontzer, H., Raichlen, D.A., Wood, B.M., Mabulla, A.Z.P., Racette, S.B. & Marlowe F.W. (2012) Hunter-Gatherer Energetics and Human Obesity. DOI: 10.1371/journal.pone.0040503

Probst, M. (2001). De rol van lichaamsbeleving in de PMT bij patiënten met eetstoornissen . In M. Probst, R.J. & Bosscher, (Red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp.64-90). Wageningen: Cure &Care Publisher.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013) Eerste studieboek over eHealth. Geraadpleegd op http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Eerste_studieboek_over_eHealth

Scheffers, M., Giel, R. (2011) Lichaamsbeleving verbinding tussen lichaam en geest. Geraadpleegd op: <http://www.lichaamengeest.nl/~media/Themasites/Kennisdag%202011/workshop%20presentaties/Workshop%208%20-%20EMDR%20en%20het%20meten%20van%20lichaamsbeleving%20-%20Mia%20Scheffers.ashx>

Schreurs, P.J.G., Van de Wilige, G., Brasschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993) De Utrechtse Coping Lijst: UCL – omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.

Van Binsbergen, J.J., Langens, F.N.M., Dapper, A.L.M., Van Halteren, M.M., Glijsteen, R., Cleyndert, G.A., Mekenkamp-Oei, S.N., Van Avendonk, M.J.P. (2010) NHG-Standaard Obesitas. In Huisarts Wet 2010:53(11):609-25. Utrecht: Nederlanders Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas>

Van den Bosch, R.J. (z.j.) Obesitas: naar een geïntegreerd model. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1952pdf.pdf

Van Rijen, A.J.G., De Lint, M.W. & Ottes, L. (2002) Inzicht in eHealth. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd op http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_E-health_in_zicht.pdf

Van Strien, T., (2004). *De afslankmythe – waarom afvallen vaak niet lukt*. Schiedam: Uitgeverij Scriptum

Van Strien, T. (2013). Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag; Herziene handleiding 2013. Amsterdam: Boom test uitgevers

Van Strien, T., (2013). Emotioneel eten. Amsterdam: Boom test uitgevers. Geraadpleegd op: http://www.boomtestuitgevers.nl/upload/NVE_oratie_Tatjana_van_Strien.pdf

Verhoeff, L. (2012) Vette pech. Amsterdam: A.W. Bruna

Visscher, T.L.S., Van Bakel, A.M., & Zantinge, E.M. (2012). Overgewicht: Hoe wordt het gemeten? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/wat-is-overgewicht-en-hoe-meet-je-het/>

Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H.J., Ament, A.J.H.A., Hospers, H.J. (2009) Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. Journal of Psychosomatic Research 67 p. 315-324. Amsterdam: Elsevier

World Health Organization (2006) BMI Classification. Geraadpleegd op http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Word Health Organization (2013) Obesity and overweight. Geraadpleegd op <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Bijlage 1. Benaderde instellingen

Instellingen	Wijze van benaderen	Resultaat
1. Centrum voor Obesitas Nederland te Leeuwarden	Telefonisch en per mail	Geen medewerking
2. Nederlandse Obesitas Kliniek	Telefonisch en per mail	Geen medewerking
3. GGZ Friesland	Per mail	Geen reactie na overleg
4. Obesitascentrum Eindhoven	Telefonisch en per mail	Geen medewerking
5. Amarum	Per mail	Geen medewerking
6. Emergis	Telefonisch en per mail	Geen obesitasbehandeling
7. PsyQ	Telefonisch en per mail	5 cliënten met obesitas, 1 meewerkende cliënt
8. Human Concern	Telefonisch en per mail	Geen specifieke obesitasbehandeling
9. Altrecht Rintveld	Telefonisch en per mail	Geen obesitasbehandeling
10. Ziekenhuisgroep Twente Obesitascentrum	Telefonisch en per mail	1 meewerkende cliënt
11. Novarum	Per mail	Geen medewerking
12. PMT Praktijk Apeldoorn	Telefonisch en per mail	Geen medewerking
13. Riverduinen Ursula	Telefonisch en per mail	Geen medewerking
14. SolutionS Verslavingszorg en meer	Telefonisch	Geen obesitasbehandeling
15. CO-eur	Mail	Overleg, geen reactie
16. Marlies Rekkers	Mail	Geen medewerking
17. Obesitaspoli	Telefonisch en per mail	Geen medewerking

Bijlage 2. Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag



Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag

Antwoordformulier

Algemene vragen

Naam: _____

Geboortedatum (dd-mm-jjjj): - -

Leeftijd: _____

Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

Datum afname: _____

Vragen over uw gewicht

a. Wat weegt u op dit moment (in kg)? _____ kg

b. Hoe lang bent u (in m)? _____ m

c. Is uw gewicht gedurende de laatste 6 maanden gelijk gebleven?

☐ ja, mijn gewicht is nauwelijks veranderd

☐ nee, ik ben _____ kg afgevallen

☐ nee, ik ben _____ kg aangekomen

☐ nee, ik ben in de afgelopen 6 maanden zowel aangekomen als afgevallen

d. Wat is het hoogste gewicht dat u ooit hebt gehad? (periodes van zwangerschap niet meegerekend) _____ kg

e. Wat was uw laagste gewicht vanaf uw 15e jaar? _____ kg

f. Hebt u weleens last van een eetbui? Hiermee wordt bedoeld dat u snel achter elkaar een hele grote hoeveelheid voedsel eet, een hoeveelheid die ook anderen van uw leeftijd en sekse ongewoon veel zouden noemen.

☐ ja ☐ nee

Zo ja, hoe vaak had u in de afgelopen drie maanden last van een eetbui?

☐ maandelijks, namelijk keer per maand

☐ wekelijks, namelijk ... keer per week

☐ In de laatste drie maanden heb ik geen eetbui gehad.

Hebt u bij zo'n eetbui wel eens het gevoel dat u niet kunt stoppen?

☐ bijna nooit ☐ vaak

☐ soms ☐ heel vaak

Invulinstructies

Op de achterzijde van dit formulier vindt u 33 vragen over eetgewoontes. Lees elke vraag goed door en zet een kruisje in het hokje van het antwoord dat het beste bij u past. Kruist u per vraag maximaal één antwoord aan **en sla geen vragen over**. Uw eerste indruk is meestal de beste; sta dus niet te lang stil bij elke vraag. Elk antwoord dat u geeft is goed.

Score (in te vullen door de (huis)arts/diëtist/psycholoog)

BMI: _____ *lichaamsgewicht (in kilo's) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (= lengte x lengte) in meters*

NVE-schaal	Ruwe score*	Schaalscore*	Classificatie*
1. Emotioneel eten			
2. Eten bij diffuse emoties			
3. Eten bij duidelijk omschreven emoties			
4. Extern eten			
5. Lijngericht eten			

*De ruwe score, de schaalscore en de classificatie worden berekend door het NVE-scorings- en normeringsprogramma, dat u vindt op www.boomtestuitgevers.nl.

© 2010, Boom test uitgevers, Amsterdam. Bestelnummer: 03 811 03
© 2010, Tatjana van Strien, Nijmegen

De officiële NVE-formulieren zijn gedrukt in blauw

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevens bestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

	nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak
1. Als u geïrriteerd bent, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Als het eten u goed smaakt, eet u dan meer dan u gewend bent?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Als u niets te doen hebt, krijgt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Als u wat zwaarder bent geworden, eet u dan daarna wat minder dan u gewend bent?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Als u terneergeslagen of ontmoedigd bent, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Als het eten lekker ruikt en er goed uitziet, neemt u dan een grotere portie dan u gewend bent?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hoe vaak slaat u aangeboden eten en drinken af omdat u aan uw gewicht wilt denken?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Als u zich alleen voelt, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Als u iets lekkers ziet of ruikt, krijgt u dan trek?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Als u zich in de steek gelaten voelt, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Komt het voor dat u tijdens de maaltijden minder probeert te eten dan u wel zou lusten?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Als u iets lekkers hebt, eet u het dan meteen op?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Als u boos bent, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Let u er precies op hoeveel u eet?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Als u langs een bakker loopt, krijgt u dan zin om iets lekkers te kopen?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Als u iets onprettigs te wachten staat, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eet u met opzet dingen die goed zijn voor de lijn?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Als u andere mensen ziet eten, krijgt u dan ook zin?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Als u teveel hebt gegeten, eet u dan de dag daarna minder dan u gewend bent?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Als u ongerust, bezorgd of gespannen bent, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Kunt u van lekkere dingen afblijven?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eet u om niet dikker te worden met opzet wat minder?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Als u iets tegenzit of verkeerd gaat, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Als u langs een snackbar of cafetaria loopt, krijgt u dan zin om iets lekkers te kopen?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Als u opgewonden bent, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Hoe vaak probeert u tussen de maaltijden door niets te eten omdat u aan de lijn doet?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Eet u meer dan u gewend bent als u anderen ziet eten?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Als u zich verveelt of rusteloos voelt, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Hoe vaak probeert u in de loop van de avond niets te eten omdat u aan de lijn doet?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Als u angstig bent, krijgt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Houdt u met eten rekening met uw gewicht?	☐	☐	☐	☐	☐
32. Als u zich teleurgesteld voelt, hebt u dan zin om iets te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bent u geneigd om tijdens het bereiden van een maaltijd alvast wat te eten?	☐	☐	☐	☐	☐
	nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak

Omgaan met problemen en gebeurtenissen

DE UTRECHTSE COPINGLIJST (UCL)

P. J. G. Schreurs en G. van de Willige

Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men OVER HET ALGEMEEN wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Op de volgende pagina's staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE VAAK U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. U kunt dit doen door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt U s.v.p. geen zinnen overslaan.

© 1988 Swets en Zeitlinger b.v. Lisse

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

1

	zelden of nooit	soms	vaak	zeer vaak
1. Je bedenken dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren	☐	☐	☐	☐
2. Proberen je te ontspannen	☐	☐	☐	☐
3. Je volledig afzonderen van anderen	☐	☐	☐	☐
4. Je ergernis laten blijken	☐	☐	☐	☐
5. De zaken somber inzien	☐	☐	☐	☐
6. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken	☐	☐	☐	☐
7. Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem	☐	☐	☐	☐
8. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden	☐	☐	☐	☐
9. Je neerleggen bij de gang van zaken	☐	☐	☐	☐
10. Je zorgen met iemand delen	☐	☐	☐	☐
11. Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn	☐	☐	☐	☐
12. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen	☐	☐	☐	☐
13. Problemen als een uitdaging zien	☐	☐	☐	☐
14. Je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan	☐	☐	☐	☐
15. De kat uit de boom kijken	☐	☐	☐	☐
16. Spanningen proberen te verminderen door bijv. meer te roken, drinken, eten of beweging nemen	☐	☐	☐	☐
17. Afdleiding zoeken	☐	☐	☐	☐
18. Een probleem van alle kanten bekijken	☐	☐	☐	☐
19. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan	☐	☐	☐	☐
20. Optimistisch blijven over de toekomst	☐	☐	☐	☐
21. Kalm blijven in moeilijke situaties	☐	☐	☐	☐
22. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐
23. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐

1

ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER

2

	zelden of nooit	soms	vaak	zeer vaak
24. Piekeren over het verleden	☐	☐	☐	☐
25. Opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent	☐	☐	☐	☐
26. Proberen je te onttrekken aan een situatie	☐	☐	☐	☐
27. Je spanningen afreageren	☐	☐	☐	☐
28. Wachten op betere tijden	☐	☐	☐	☐
29. Iemand om hulp vragen	☐	☐	☐	☐
30. Rustgevende middelen gebruiken als je je gespannen voelt of nerveus bent	☐	☐	☐	☐
31. Wegvluchten in fantasieën	☐	☐	☐	☐
32. De zaken eerst op een rij zetten	☐	☐	☐	☐
33. Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen	☐	☐	☐	☐
34. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	☐	☐	☐	☐
35. Op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen	☐	☐	☐	☐
36. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben	☐	☐	☐	☐
37. Je bedenken dat na regen zonneschijn komt	☐	☐	☐	☐
38. Je gevoelens tonen	☐	☐	☐	☐
39. Troost en begrip zoeken	☐	☐	☐	☐
40. Moeilijkheden over je heen laten komen	☐	☐	☐	☐
41. De humoristische kant van problemen zien	☐	☐	☐	☐
42. Laten merken dat je ergens mee zit	☐	☐	☐	☐
43. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken	☐	☐	☐	☐
44. De zaak op z'n beloop laten	☐	☐	☐	☐
45. Je niet druk maken; meestal komt alles op z'n pootjes terecht	☐	☐	☐	☐
46. Je niet in staat voelen om iets te doen	☐	☐	☐	☐
47. Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden	☐	☐	☐	☐

2

ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER

Bijlage 4. Projectplan

Projectplan 'Kenmerkend obesitas'

Onderzoeksopzet

Inleiding

De inleiding is verdeeld onder Talitha en Annette. Daarbij heeft Annette de aanleiding en probleemstelling gedaan. De doelstelling door Talitha gedaan. De vraagstelling is gezamenlijk verwoord. Hierin hebben we elkaar vervolgens bijgestuurd en feedback gegeven.

De gekregen feedback hebben we gezamenlijk verwerkt, soms met een opzet van de een of de ander.

Methode

In samenspraak zijn we tot de methode van het onderzoek gekomen. De opzet is door Talitha geschreven, waarbij Annette verbeteringen en aanvullingen gedaan heeft.

Opmaak

De opmaak is door Talitha gedaan in overleg met Annette

Praktijkonderzoek

Benaderen instellingen – cliënten

In eerste instantie zouden Talitha en Annette de instelling in de zuidelijke provincies benaderen. Michiel en Sylvana zouden de instellingen in de noordelijke provincies benaderen. Dit is anders verlopen dan verwacht, waardoor uiteindelijk Michiel, Sylvana en Annette de eerste serie instelling benaderd hebben.

In de tweede ronde van benaderen van instellingen heeft Annette dit met name gedaan. Waarbij Talitha ook een aantal keer een mail verstuurd heeft en telefonisch contact heeft gehad met instellingen.

De vragenlijsten zijn door Annette tot pakketjes gemaakt en naar Psyq verstuurd. Daarnaast heeft Talitha in haar netwerk ook vragenlijsten uitgedeeld en terug ontvangen.

Samenwerking anderen en begeleidend docent

Contact met Sandra is voor het grootste deel door Talitha gedaan of gezamenlijk.

Contact met Groningen is door Annette gedaan.

Contact met Michiel en Sylvana is met name door Annette gedaan en aanvullend door Talitha.

Scriptie

Voorwoord is door Annette geschreven en door Talitha verbeterd.

Samenvatting in het Nederlands is door Annette.

Samenvatting in het Engels is door Annette geschreven.

Inleiding verbeteren is door Talitha gedaan in afstemming met Annette i.v.m. het theoretisch kader. Theoretisch kader is voor een groot deel door Annette gedaan met aanvullingen uit diverse artikelen en het boek van Strien door Talitha.

Verwerking vragenlijsten is gezamenlijk gedaan incl. resultaten verwoorden.

Discussie is gezamenlijk geschreven.

Conclusie is gezamenlijk geschreven.

Aanbevelingen is gezamenlijk geschreven.

Literatuurlijst door Annette gemaakt. De controle van de verwijzingen is door Talitha gedaan.

Bijlage en opmaak van onderzoeksverslag zijn door Talitha gedaan.