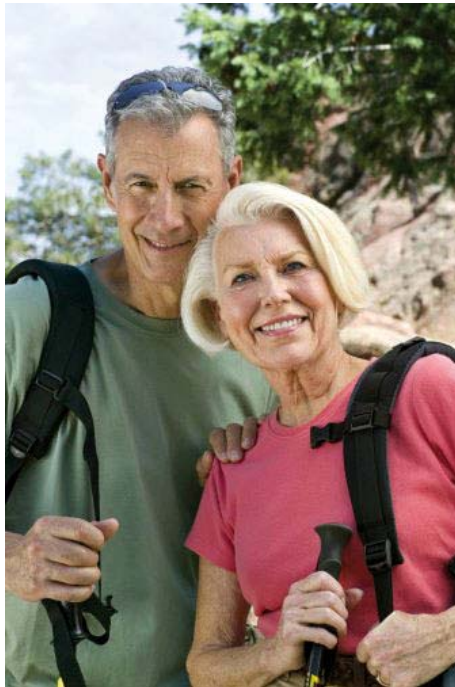


Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren



**Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatie Wetenschap,
Faculteit Gedragswetenschappen, Universiteit Twente.**

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| Auteur | : Kim Berkel |
| Plaats | : Enschede/Mijdrecht |
| Datum | : 20-12-2006 |
| Afstudeercommissie | : Dr. H. Boer |
| | : Dr. T.J.L. van Rompay |
| Begeleider Senior Health & Care | : Drs. P.J. Dekker |

Samenvatting

Gezondheid is in de huidige maatschappij een “hot” issue. De kosten van gezondheidszorg en welzijnszorg zijn de afgelopen jaren flink gestegen. Een belangrijke oorzaak hiervan is de vergrijzing. Met het klimmen der jaren wordt gezondheid een steeds belangrijker onderwerp. Veel ouderen kampen met gezondheidsproblemen en het zorggebruik neemt zodoende toe met de leeftijd. Gezondheid is afhankelijk van veel factoren en kenmerken van personen, vooral leefstijlfactoren spelen een belangrijke rol.

Het verbeteren van de zelfmanagement vaardigheden van individuen kan een bijdrage leveren aan het omgaan met de uitdagingen waarmee gezondheidssystemen in de toekomst te maken krijgen. Onder zelfmanagement worden beslissingen en acties verstaan, genomen door het individu, met als doel het omgaan met een probleem of het verbeteren van de eigen gezondheid

Senior Health & Care heeft een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement opgezet speciaal voor senioren (50+). Het doel van de cursus is het verschaffen van duidelijke handvatten, die leiden tot zelfvertrouwen in een gezondere toekomst en die de senior in staat stellen informatie met betrekking tot gezondheid op relevantie en waarde te schatten.

Senior Health & Care wil weten of er een markt is voor deze cursus en wat de beste manier is om die eventuele markt te benaderen. De hoofdvraag die in dit onderzoek is gesteld luidt daarom:

Welke determinanten bepalen de bereidheid van senioren om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement?

Deze vraag is beantwoord met behulp van enkele subvragen. Op basis van de Theory of Planned Behavior, aangevuld met aspecten uit enkele andere theorieën, zijn de factoren van persoonlijk gezondheidsmanagement gedefinieerd. Vervolgens is aan de hand van kwalitatieve interviews een kwantitatieve vragenlijst opgesteld en verspreid onder 1979 senioren uit de provincies Overijssel en Utrecht. Er zijn 139 volledig ingevulde vragenlijsten geretourneerd en deze zijn verwerkt met behulp van SPSS 12.0.

Naar aanleiding van de resultaten van de data-analyse zijn enkele conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Bijna 40% van de respondenten heeft aangegeven geïnteresseerd te zijn in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid. Belangrijke voorwaarden voor deelname zijn dat de cursus overdag plaatsvindt, in het najaar of de winter en dat de locatie in de regio van de deelnemer is. Een mogelijke barrière voor deelname is echter het bedrag dat men bereid is te besteden aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement. De meeste respondenten hebben aangegeven maximaal 50 euro te willen betalen, wat ver beneden de kostprijs van de cursus is. Aanbevolen wordt dan ook om te kijken of er voor de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement van Senior Health & Care een mogelijkheid bestaat tot sponsoring of subsidiëring vanuit de overheid of de zorgverzekeraars.

Er zijn daarnaast verschillen in gemiddelde scores op de intentie op basis van demografische factoren gevonden. Deze verschillen zijn echter alleen significant voor de factor geslacht. Vrouwen hebben een significant hogere gemiddelde score op intentie dan mannen.

De schriftelijke kanalen die het beste ingezet kunnen worden voor de promotie van een persoonlijk gezondheidsmanagement programma zijn huis-aan-huis bladen, aangezien deze zeer frequent worden gelezen door de doelgroep. Ook seniorenbladen en gezondheidsbladen zijn geschikte communicatiekanalen, aangezien hun bereik hoog is onder de doelgroep en zij goed aansluiten bij het onderwerp.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat een deel van de respondenten problemen ervaart met zijn of haar gezondheid. Een even groot deel van de respondenten maakt zich daarnaast zorgen over zijn of haar gezondheid. De levensstijl van de respondenten is daarentegen gemiddeld wel gericht op een goede gezondheid.

Uit de regressieanalyse bleek dat de attitude en de sociale invloed van de partner de belangrijkste invloedsvariabelen zijn op de intentie om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement. Daarnaast bleek ook de sociale invloed van de vrienden van invloed te zijn op de intentie. Er werd verwacht dat de huidige gezondheid, de levensstijl, de risicoperceptie met betrekking tot de eigen gezondheid en zelfeffectiviteit ook van invloed zouden zijn op de intentie om deel te nemen aan de cursus. Deze invloed is echter niet aangetoond.

De attitude kan positief beïnvloed worden door in de promotie van een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement het belang van het managen van de persoonlijke gezondheid goed duidelijk te maken en het belang van concrete en toegespitste ondersteuning daarbij te accentueren.

De gemiddelde scores op de sociale invloed van de partner en de sociale invloed van de vrienden waren vrij neutraal. Om de sociale invloed positief te veranderen, wordt aanbevolen in te spelen op de gedachte van het individu, dat de partner en de vrienden het managen van de persoonlijke gezondheid van groot belang achten. Tenslotte wordt aanbevolen mensen te stimuleren en te motiveren om samen met hun partner en vrienden deel te nemen om zo de sociale invloed te verhogen.

Summary

Health is a “hot” issue in today’s society. The costs of healthcare have constantly been increasing over the last couple of years. An important cause of this is the aging of the society. When aging, health becomes more important over the years. Many elderly have to deal with health problems and the use of the healthcare system is therefore increasing with age. Health depends on many factors and characteristics of persons. Especially lifestyle features play an important role in health.

Improving the self management abilities of individuals can contribute to meeting the challenges healthcare systems have to deal with in the future. By self management the decisions and actions are meant that are taken by the individual in order to deal with a problem or improve his or her own health.

Senior Health & Care has developed a course in personal health management especially for seniors (50+). The goal of this course is to provide clear handles which lead to confidence in a healthier future and which enable the senior to judge information about health on relevance and value. Senior Health & Care wants to know if there is a market for this course and how this market can be approached best. The main question in this research is therefore:

Which determinants define the readiness of seniors to participate in a course in personal health management?

This question has been answered with the help of some sub-questions. Based on the theory of Planned Behavior, complemented with aspects from other theories, the factors that influence personal health management have been defined. Subsequently a quantitative questionnaire has been developed based on qualitative interviews. This questionnaire has been spread among 1979 seniors in the provinces Overijssel and Utrecht. 139 completed questionnaires were returned. These have been analyzed with SPSS 12.0.

Based on the results, several conclusions and recommendations have been formulated. Almost 40% of the respondents have indicated to be interested in participating in a health course. Important conditions for participating are that the course takes places during the day,

– *Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren* –

in autumn or winter and that the location is within the region in which the participants live. A possible barrier is the amount of money respondents are willing to pay for participating in a course in personal health management. It is therefore recommended to investigate the possibilities of subsidization or sponsoring from the state or the health insurance companies.

There were also several differences found in average score on intention, based on demographical factors. These differences were however only significant for the factor gender. Women have a significant higher average score on intention than men.

The written channels that can be best used to promote a personal health management program are door-to-door magazines, because these are read very frequently by the target group. Senior magazines and health magazines are also suitable communication channels, because their reach is high among the target group and they are relevant to the subject.

The results show that a part of the respondents experience problems with their health. An even so large part of the respondents worries about his or her health. The lifestyle of the respondents on the other hand is on average very much aimed at maintaining a good health.

The regression analysis shows that the attitude and the social influence of the partner are the most important factors that influence the intention. The social influence of friends also appeared to influence the intention. An influence of the current health, the risk perception, the self efficiency and the lifestyle on the intention to participate in a course in personal health management was expected. This influence, however, was not shown in this research.

The attitude can be influenced positively by stating the importance of personal health management and accentuating the need for explicit and focused support with this, in the promotion of a course in personal health management.

The average scores on the social influence of the partner and the social influence of friends were rather neutral. To achieve a positive change of the social influence, it is recommended to anticipate on the thought of the individual that his or her partner and friends find managing personal health very important.

Finally it is recommended that people are stimulated to participate together with their partner and friends, in order to increase the social influence in this way.

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afsluiting van mijn afstudeeronderzoek in het kader van mijn studie Toegepaste Communicatie Wetenschap aan de Universiteit Twente. Met behulp van de bekende kruiwagen ben ik bij de organisatie Senior Health & Care terecht gekomen. Zij hadden recent een cursus opgezet voor senioren op het gebied van persoonlijk gezondheidsmanagement. Om te achterhalen of deze cursus kans van slagen heeft en hoe deze het beste op de markt gepositioneerd kan worden, heb ik een onderzoek opgezet en uitgevoerd naar de determinanten die de bereidheid van senioren bepalen om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement.

Tijdens de opzet en de uitvoering van dit onderzoek heb ik hulp gehad van verschillende mensen die ik daarvoor hartelijk wil bedanken. Allereerst natuurlijk mijn 1^e begeleider vanuit de Universiteit Twente, Henk Boer, voor zijn enthousiasme, goede begeleiding en concrete adviezen. Daarnaast mijn 2^e begeleider Thomas van Rompay, voor zijn feedback en goede tips. Natuurlijk ook mijn begeleiders vanuit Senior Health & Care. Peter Dekker voor zijn duidelijke uitleg en hulp, Sharon Lowensteyn voor alle hulp en goede gesprekken en Edwin Entrop voor zijn opbouwende kritieken. Daarnaast alle andere collega's in Mijdrecht en dan met name Marieke Smit voor de hulp bij de opmaak van de vragenlijst en de bijbehorende documenten. Tot slot ben ik natuurlijk dank verschuldigd aan mijn ouders voor hun (financiële) steun en hun geduld tijdens mijn studiejaren en aan Pim Theusink voor zijn mental coaching in de afgelopen jaren.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 1 |
| Summary | 4 |
| Voorwoord | 6 |
| | |
| 1 Inleiding | 9 |
| 1.1 Gezondheid..... | 9 |
| 1.2 Persoonlijk gezondheidsmanagement | 11 |
| 1.3 Senior Health & Care | 12 |
| 1.4 Onderzoeksvraag..... | 14 |
| | |
| 2 Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement..... | 15 |
| 2.1 Determinanten van fysieke activiteit..... | 17 |
| 2.2 Determinanten van gezonde voeding | 18 |
| 2.3 Determinanten van risicogedrag..... | 19 |
| | |
| 3 Determinanten gezondheidsgerelateerd gedrag | 21 |
| 3.1 De Theory of Planned Behavior..... | 21 |
| 3.2 Het Health Belief Model | 23 |
| 3.3 Het Transtheoretische Model | 25 |
| 3.4 Overige aspecten | 27 |
| 3.4.1 Huidige gezondheid..... | 27 |
| 3.4.2 Demografische factoren | 27 |
| 3.5 Factoren persoonlijk gezondheidsmanagement | 28 |
| | |
| 4 Methode..... | 31 |
| 4.1 Respondenten vragenlijst | 31 |
| 4.2 Constructie vragenlijst..... | 31 |
| 4.3 Pretest vragenlijst | 34 |
| 4.4 Procedure afname onderzoek | 35 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5 | Resultaten | 36 |
| 5.1 | Beschrijvende resultaten | 36 |
| 5.1.1 | Demografische factoren | 36 |
| 5.1.2 | Mediaprofiel | 38 |
| 5.1.3 | Attitude | 41 |
| 5.1.4 | Sociale invloed partner | 43 |
| 5.1.5 | Sociale invloed vrienden | 44 |
| 5.1.6 | Sociale invloed familie | 45 |
| 5.1.7 | Zelfeffectiviteit | 46 |
| 5.1.8 | Intentie | 48 |
| 5.1.9 | Huidige gezondheid | 49 |
| 5.1.10 | Risicoperceptie | 51 |
| 5.1.11 | Levensstijl | 52 |
| 5.1.12 | Kosten cursus | 54 |
| 5.2 | Correlaties | 54 |
| 5.3 | Regressieanalyse | 55 |
| 5.4 | Verschillen intentie op basis van demografische factoren | 57 |
| 6 | Conclusie, discussie en aanbevelingen | 60 |
| 6.1 | Bereidheid deelname persoonlijk gezondheidsmanagement | 61 |
| 6.2 | Doelgroepbepaling op basis van demografische factoren | 62 |
| 6.3 | Hoe doelgroep te bereiken | 63 |
| 6.4 | Huidige gezondheid, risicoperceptie en levensstijl | 64 |
| 6.5 | Invloed psychosociale factoren | 64 |
| 6.6 | Aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek | 68 |
| 7 | Literatuurlijst | 69 |
| | Bijlagen | 76 |

1 Inleiding

1.1 Gezondheid

Gezondheid is in de huidige maatschappij een ‘hot’ issue. Van alle kanten krijgt men advies op dit gebied, kranten staan vol met gezondheidsonderwerpen en ook op de politieke agenda is het een onderwerp met een hoge prioriteit. De kwaliteit van de aangeboden gezondheidsinformatie is echter zeer variabel (Coene, 2004). Het begrip gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie als volgt geformuleerd: “Gezondheid is een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welzijn, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximum aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden.”

Gezondheid is afhankelijk van veel factoren en kenmerken van personen. Naast leeftijd zijn ook sociaaleconomische status, genetische factoren, leefsituatie- en leefstijlkenmerken, persoonlijkheid en externe omstandigheden van invloed (Schoemakers-Salkinoja & Timmermans, 2001). Vooral leefstijlfactoren hebben een belangrijke rol bij gezondheid. Een ongezonde leefstijl zorgt voor veel verlies van kwaliteit van leven. Belangrijke risicofactoren zijn roken, hoge bloeddruk, ernstig overgewicht en alcoholgebruik (RIVM, 2002).

Ouderen vormen een aparte doelgroep wanneer het om gezondheid gaat. De reden hiervan ligt in het bijzondere karakter van de gezondheidsproblemen en de complexe interacties die bij het ouder worden plaatsvinden tussen lichamelijke, psychische en sociale factoren (Eilander et al., 2003). Met het klimmen der jaren wordt gezondheid een steeds belangrijker onderwerp, er is dan ook een duidelijke stijging te zien in de uitgaven van senioren met betrekking tot gezondheid (Hielkema & Kuyer, 1995).

Voorheen werden senioren gedefinieerd als mensen ouder dan 65. Dit had vooral te maken met de pensioengerechtigde leeftijd. Tegenwoordig wordt die grens in onderzoeken vaak lager gelegd, afhankelijk van het onderwerp (Bergers, 2005). In deze scriptie worden onder senioren alle mensen ouder dan 50 verstaan.

De 50-plus doelgroep is de snelst groeiende doelgroep. De komende 30 jaar zal het aantal 50-plussers in Nederland met maar liefst 45% groeien van 5 naar 7,1 miljoen. Daarbij zullen senioren ook bijna twee keer zoveel vermogen hebben als het gemiddelde Nederlandse huishouden. De 50-plusser zal een zeer belangrijk marktsegment worden (Sikkel & Keehnen,

2004). In de Nederlandse samenleving hebben 50-plussers namelijk een grote invloed op het maatschappelijke en sociale leven. Door de vergrijzing zal deze invloed snel en sterk groeien (Sprenger, 2005). De 50-plus doelgroep is echter allesbehalve homogeen (Bergers, 2005). Wel onderscheidt het segment 50-plus zich in attitudes en gedrag over het algemeen duidelijk van de rest van de bevolking. Een belangrijk element dat de senioren bindt is de disproportionele aandacht voor gezondheid (Hielkema & Kuyer, 1995).

Veel 50-plussers richten zich steeds meer op kwaliteit in hun leven (Kuchler, 2005). Ervaren gezondheid is bij de groep 50-plussers een afspiegeling van zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid, terwijl dit bij andere leeftijdsgroepen voornamelijk een maat is voor de lichamelijke gezondheid (Eilander et al., 2003).

De kosten van gezondheidszorg en welzijnszorg zijn de afgelopen jaren flink gestegen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005). In overheidsnota's over de toekomst van de gezondheidszorg valt telkens te lezen hoeveel impact de toename van het aantal ouderen in Nederland heeft op het zorgstelsel. Deze uitspraken zijn gebaseerd op een aantal constatering. Ouderdom komt met gebreken. Dit betekent dat een toename van het aantal ouderen in Nederland automatisch zal leiden tot een toename van het aantal zieke en kwetsbare Nederlanders. Zorggebruik neemt namelijk toe met de leeftijd (Schoemakers-Salkinoja & Timmermans, 2001). Senioren bezoeken vaker dan jongeren een huisarts en zijn eerder geneigd tot het slikken van medicamenten (Hielkema & Kuyer, 1995). De Nederlandse bevolking, waaronder de ouderen, is daarnaast een goede gezondheid als een groot goed gaan zien en achten dit belangrijker dan andere aspecten in hun leven. Dit heeft tot gevolg dat ouderen zich niet gauw neerleggen bij ongezondheid en hoge eisen stellen aan de gezondheidszorg (Schoemakers-Salkinoja & Timmermans, 2001).

Veel ouderen kampen met gezondheidsproblemen. Ook bij de ouderen die op het moment geen problemen met hun gezondheid hebben is de kans groot dat zij toch op een zeker moment met zulke problemen te maken zullen krijgen. Deze gezondheidsproblemen zijn echter niet altijd onvermijdelijk, preventie en uitstel van ontstaan van aandoeningen bij ouderen is mogelijk (Schoemakers-Salkinoja & Timmermans, 2001).

1.2 Persoonlijk gezondheidsmanagement

Behoeften op het gebied van gezondheid en publieke verwachtingen ten opzichte van gezondheidssystemen blijven dus constant groeien. In het volgende decennium wordt verwacht van de gezondheidssystemen dat zij een groeiende proportie van de senioren in de populatie en een groeiend nummer chronisch zieken zullen behandelen (Levin-Zamir & Peterburg, 2001). Chronische aandoeningen domineren de gezondheidszorg in de meeste delen van de wereld. Doordat mensen steeds langer leven neemt het aantal chronische aandoeningen toe (Clark, 2003). Veel van deze chronische ziekten blijken echter grotendeels zelf te managen te zijn. Dit is vooral het geval wanneer zelfmanagement is gebaseerd op het in staat stellen van patiënten door middel van publieke en patiënt educatie. Educatie die zich richt op zelfmanagement is dan ook kosteneffectief gebleken (Levin-Zamir & Peterburg, 2001).

Verschillende invloeden uit de sociale en fysieke omgeving van een individu versterken of belemmeren de managementinspanningen. Interventies gericht op het verbeteren van het persoonlijk managen door patiënten kunnen positieve gevolgen hebben voor gezondheid en het gebruik van de gezondheidszorg (Clark, 2003; Dodge, Janz & Clark, 2002).

Onder zelfmanagement worden de beslissingen en acties verstaan, genomen door het individu, met als doel het omgaan met een probleem of het verbeteren van de eigen gezondheid (Health Canada, 1997). De vijf belangrijkste zelfmanagementvaardigheden zijn probleem oplossen, besluiten nemen, brongebruik, vormen van partnerschap patiënt en zorgverstrekker en het ondernemen van actie (Lorig & Holman, 2003).

Na bestudering van 70 onderzoeken concludeerden Clark et al. (1991) dat 12 vaardigheden overeen kwamen met de meeste succesvolle zelfmanagementinitiatieven onder senioren. Deze vaardigheden bevatten de mogelijkheid om symptomen te herkennen en hierop actie te ondernemen; medicatie correct te gebruiken; noodgevallen te kunnen managen; voedingspatroon en fysieke activiteit te managen; effectief te interacteren met aanbieders van gezondheidszorg; bronnen van de gemeenschap te gebruiken; aan te passen aan werk; relaties met significante anderen te onderhouden en psychologische reacties op ziekte te managen. Zelfmanagement in deze context heeft betrekking op besluiten en acties die worden genomen door het individu.

Aangezien de kosten van de gezondheidszorg constant stijgen lijkt ziektepreventie een goede optie om de gezondheid van de populatie te verbeteren en de kosten van gezondheidszorg te beperken (Galloway, 2003). Het verbeteren van de zelfmanagementvaardigheden van individuen kan een bijdrage leveren aan het omgaan met de uitdagingen waarmee gezondheidssystemen in de toekomst te maken krijgen (Levin-Zamir & Peterburg, 2001). Het verlagen van de behoefte aan en de vraag naar medische voorzieningen op deze manier is een positieve oplossing die leidt tot een betere gezondheid voor het individu en die uiteindelijk een verlaging van de medische kosten tot gevolg heeft (Fries et al., 1993). Het geïnformeerd nemen van beslissingen moet hierom bevorderd worden en acties die gericht zijn op het verbeteren van de persoonlijke controlecapaciteit met betrekking tot factoren die de gezondheid bepalen, moeten worden vergemakkelijkt (Lorig & Holman, 2003).

Het promoten van gezondheidsgeletterdheid is een belangrijke strategie om het zelf managen van de gezondheid te verbeteren. Een essentieel element in de ontwikkeling van zelfmanagementvaardigheden is toegang tot relevante gezondheidsinformatie. Wanneer toegang tot informatie geen probleem is, is de relevantie en bruikbaarheid van deze informatie vaak slecht. Vaak is informatie niet passend gemaakt voor de specifieke populatie waarvoor deze bedoeld is, ondanks dat de informatie wetenschappelijk accuraat is (Levin-Zamir & Peterburg, 2001).

Educatie gericht op het verbeteren van managementvaardigheden bij patiënten wordt dus geassocieerd met belangrijke gezondheidsuitkomsten. Meer onderzoek naar de manieren om patiënten hun gezondheid te laten managen is hard nodig (Clark, 2003). Iedereen is verantwoordelijk voor dagelijks management van zijn of haar gezondheid. Het is echter de vraag hoe te managen (Lorig & Holman, 2003).

1.3 Senior Health & Care

Senior Health & Care heeft de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement opgezet speciaal voor mensen die de leeftijd van 50 zijn gepasseerd. Door middel van zeven wekelijkse lesdagen van 2,5 uur in groepsverband zullen de deelnemers objectieve en praktische informatie verkrijgen met betrekking tot gezondheid en welzijn. De eerste module

– Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren –

is een algemene inleiding in gezondheid en welzijn, waarbij individuele doelstellingen kunnen worden geformuleerd. In de tweede module behandelt een arts de verschillende risicofactoren. In de derde module zal een voedingsdeskundige het belang van goede voeding toelichten. In de vierde module komen de gezonde extra's aan bod. Deelnemers krijgen in deze module de mogelijkheid verschillende voedingssupplementen, energiedrankjes en zelfzorgproducten te proberen. In de vijfde module zal een psycholoog informatie geven over spanningen. In de zesde module zal een fysiotherapeut verschillende bewegingstechnieken behandelen en krijgt men de kans onder begeleiding te sporten. In de zevende module tot slot zal alles uit voorgaande modules nog eens samengevat worden. Ook worden de persoonlijke doelstellingen en de mate waarin de doelen zijn behaald besproken.

Het doel van de cursus is het verschaffen van duidelijke handvatten, die leiden tot zelfvertrouwen in een gezondere toekomst en die de senior in staat stellen informatie met betrekking tot gezondheid op relevantie en waarde te schatten. Verwacht wordt dat deelname aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement een positief effect heeft op de zelfverzekerdheid, de inschattingmogelijkheden met betrekking tot gezondheid en de zelfredzaamheid van senioren. Dit kan resulteren in een verlaging van de behoefte aan medische en specialistische zorg, wat positieve gevolgen kan hebben voor de kosten met betrekking tot gezondheidszorg en welzijnzorg in Nederland.

Senior Health & Care wil weten of er een markt is voor deze cursus en wat de beste manier is om die eventuele markt te benaderen. Om te kunnen bepalen of er markt is voor een dergelijke cursus zal er allereerst inzicht moeten worden verkregen in de behoeften van senioren op het gebied van gezondheidsvoorlichting en de gedragsvariabelen die een rol spelen bij de keuze deel te nemen aan een dergelijke cursus.

Senior Health & Care heeft de cursus met name opgezet voor senioren in de leeftijdscategorie 55 tot 70 jaar. In dit onderzoek is deze leeftijdscategorie uitgebreid naar 50 tot 75 jaar. Dit is vooral gedaan om het onderzoek algemener te maken en om te kunnen kijken naar verschillen tussen “jongere” senioren en “oudere” senioren. Een andere belangrijke reden voor het verruimen van de leeftijdscategorie had betrekking op het kunnen vinden van voldoende respondenten in dit onderzoek.

1.4 Onderzoeksvraag

Senior Health & Care wil dus graag weten wat de consument beweegt met betrekking tot het deelnemen aan deze cursus. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek wordt gesteld luidt dan ook:

Welke determinanten bepalen de bereidheid van senioren om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement?

Deze onderzoeksvraag zal beantwoord worden met behulp van de volgende subvragen:

1. *Hoe groot is de bereidheid om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement?*
2. *Welke doelgroepen kunnen aangewezen worden?*
3. *Hoe kan de doelgroep het beste bereikt worden?*
4. *Wat is de huidige gezondheid van senioren en hoe is hun risicoperceptie en levensstijl?*
5. *Welke psychosociale factoren beïnvloeden de intentie?*

2 Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement

Zelfmanagement heeft, zoals in de inleiding gesteld, betrekking op besluiten en acties die worden genomen door het individu met betrekking tot zijn of haar gezondheid (Clark et al., 1991). Het Stanford Patient Education Research Center heeft verschillende zelfmanagementprogramma's opgezet voor mensen met chronische aandoeningen. Deze programma's zijn geëvalueerd. Hieruit kwam naar voren dat de programma's het gedrag significant hadden verbeterd. De mate van fysieke activiteit steeg, dit zelfde gold voor de uitvoering van managementtechnieken zoals ontspanning. Ook de communicatie met zorgverleners werd beter. Tot slot werden er ook veranderingen in gezondheidstatus gevonden. Bij enkele programma's bleek ook het gebruik van zorg significant af te nemen. (Lorig & Holman, 2003).

Preventief gezondheidsgedrag is onderdeel van persoonlijk gezondheidsmanagement. Onder preventief gezondheidsgedrag valt onder andere het vermijden van risicogedrag. Uit de meeste onderzoeken naar de determinanten van preventief gezondheidsgedrag kwam gezondheidsattitude als grootste motivatiefactor naar voren (Hayes & Ross, 1987). Een sterke voorspeller van preventief gezondheidsgedrag bij senioren is sociale ondersteuning. Sociale relaties kunnen daarnaast preventief gezondheidsgedrag vergemakkelijken. Indirecte sociale controle vindt plaats door het zelf handhaven van normen voor conventioneel gedrag. Groepsbanden zijn belangrijke factoren in de ontwikkeling van normen. Mensen met een groter sociaal ondersteuningsnetwerk zijn daarom meer geneigd zich conventionele geloven over gezondheids promotie eigen te maken (Potts, Hurwicz & Goldstein, 1992). Interactie met anderen is dus belangrijk bij het verbeteren van de zelfmanagement vaardigheden van het individu. Van de demografische en gezondheidsgerelateerde factoren, bleek alleen geslacht een consistente voorspeller van preventief gezondheidsgedrag te zijn. Vrouwen scoorden significant hoger dan mannen op fysieke activiteit, ontspanning, veiligheidsacties, persoonlijke gezondheidsacties en risicovermijding (Potts, Hurwicz & Goldstein, 1992).

Ook het managen van ziekten is onderdeel van persoonlijk gezondheidsmanagement. Hierbij hebben, afhankelijk van leeftijd en soort ziekte, verschillende factoren invloed op de mogelijkheid van het individu om zijn of haar ziekte te managen. De familie van het individu

is de meest invloedrijke factor (Clark, 2003). Uit onderzoek van Clark & Dodge (1999) kwam naar voren dat het vertrouwen dat men het specifieke gedrag kan vertonen, resulteerde in hogere niveaus van het gedrag voor alle ziektemanagement velden. Ook uitkomstverwachting bleek een belangrijke invloedsvariabele bij ziektemanagement. Er is een wederzijdse invloed van zelfeffectiviteit, uitkomstverwachting en gedrag in ziektemanagement gevonden. Uitkomstverwachtingen werden geassocieerd met zelfeffectiviteit met betrekking tot gezonde voeding, fysieke activiteit en stressmanagement. Ook zelfeffectiviteit is uitgezet als voorspeller van uitkomstverwachting. Bij gezonde voeding en fysieke activiteit bleek de invloed van zelfeffectiviteit significant (Clark & Dodge, 1999). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de factoren die invloed hebben op de participatie van senioren in ziektemanagement programma's. De belangrijkste beperkingen om niet mee te doen waren tijd, vervoer en fysieke beperkingen (Dodge et al., 1993).

Belangrijk bij persoonlijk gezondheidsmanagement van senioren is zelfzorg. Demografische variabelen zijn bruikbaar voor het begrijpen van het zelfzorg proces, maar deze variabelen zijn geen primaire verklarende variabelen (McDonald-Miszczak, & Wister, 2005). De factoren die belangrijk zijn in het voorspellen van de participatie in zelfzorgactiviteiten variëren afhankelijk van de ziekte of beperking die in het spel is. McDonald-Miszczak, Wister & Gutman (2001) vonden dat bij ouderen met artritis objectieve gezondheidsindicatoren belangrijker waren in het voorspellen van zelfzorg gedrag, terwijl geloofsbelaste indicatoren als zelfeffectiviteit een belangrijkere rol spelen in het voorspellen van zelfzorg gedrag bij ouderen met hartproblemen en hypertensie. Daarnaast vonden zij een hogere participatie in zelfzorggedrag bij vrouwen en jongere senioren. De meeste onderzoeken richten zich echter slechts op een enkele vorm van zelfzorg (McDonald-Miszczak, & Wister, 2005).

Sociale ondersteuning, ziektebeeld, uitkomstverwachting en zelfeffectiviteit zijn dus belangrijke determinanten van gezondheidsmanagement. Voor het managen van de persoonlijke gezondheid door senioren zijn fysieke activiteit, gezonde voeding, het omgaan met spanningen en het vermijden van risicofactoren belangrijke factoren. In de volgende paragrafen worden deze factoren en hun determinanten besproken.

2.1 Determinanten van fysieke activiteit

Fysieke activiteit omvat alle activiteiten waarbij, door het leveren van spierarbeid, het lichaam bewogen wordt wat gepaard gaat met energieverbruik. Het gaat zowel om lage, matige als hoog intensieve activiteiten tijdens sportactiviteiten, in de vrije tijd, thuis of op het werk (Stevens, 2004). Matig intensieve activiteit heeft een gunstig effect op de gezondheid, het werkt beschermend tegen veel ziekten en verkleint de kans op vroegtijdig overlijden. Verder heeft lichamelijke activiteit een gunstiger beloop van ziekten tot gevolg (Eilander et al., 2003). Een groot deel van de senioren beweegt echter te weinig om hun huidige gezondheid te behouden of te versterken (Stevens, 2004). Het aantal sportende senioren is toegenomen de laatste jaren, maar nog steeds sporten ouderen beduidend minder dan jongeren (De Klerk & Waarts, 2001).

Er zijn verschillende demografische en psychologische factoren die kunnen verklaren waarom sommige mensen wel fysiek actief zijn en andere niet. Deze factoren kunnen niet als determinanten worden beschouwd, aangezien er zelden een oorzaak-gevolg relatie kan worden aangetoond. Wel kunnen er correlaties worden gevonden tussen fysieke activiteit en deze factoren (De Bourdeaudhuij & Rzewnicki, 2001).

Fysieke en emotionele barrières spelen bij het ouder worden een steeds belangrijkere rol. De opvattingen over de eigen effectiviteit met betrekking tot meer bewegen en de subjectieve norm blijken bij deze leeftijdsgroep de meest krachtige voorspellers van de intentie tot bewegen (Stevens 2004). Er zijn vele studies gedaan naar de determinanten van fysieke activiteit bij volwassenen in de afgelopen jaren. Opvallend is dat significante verbanden werden gevonden voor verschillende soorten determinanten. Fysieke activiteit wordt bij volwassenen dus bepaald door het samengaan van verschillende groepen factoren tegelijkertijd. Zelfeffectiviteit blijkt in bijna alle studies de belangrijkste determinant van fysieke activiteit. Hoe specifieker dit gedefinieerd wordt, hoe meer variantie kan worden verklaard. Een tweede belangrijke determinant is plezier. In de studies waar sociale variabelen waren opgenomen werden vaak significante relaties van deze variabelen met fysieke activiteit gevonden (De Bourdeaudhuij & Rzewnicki, 2001). Uit onderzoek van Stiggelbout et al (2006) bleken geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, rookgedrag, werkstatus, attitude en zelfeffectiviteit significante voorspellers van de intentie om deel te nemen bewegingsprogramma's. Het voorkomen en de duur van de programma's, de intentie om deel

te nemen, de waargenomen kwaliteit van de programma's en de basisattitude bleken significante voorspellers van het behoud van deelname aan bewegingsprogramma's.

Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau is gebleken dat mannen en vrouwen ongeveer even vaak sporten. Wanneer echter rekening wordt gehouden met andere factoren, zoals leeftijd en gezondheid, sporten er meer vrouwen dan mannen. In het onderzoek is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen sporten en overige vormen van lichaamsbeweging. Onder overige lichaamsbeweging werden lopen en fietsen, maar ook klussen en tuinieren verstaan. Bij de overige vormen van lichaamsbeweging zijn er geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Uit dit onderzoek bleek ook dat het hebben van lichamelijke beperkingen samenhangt met het sporten of andere vormen van lichaamsbeweging. De kans op sporten of andere lichaamsbeweging is bij mensen met ernstige beperkingen beduidend kleiner. Chronische ziekten hoeven echter geen belemmering te vormen om aan sport te doen, tenzij deze ziekten leiden tot lichamelijke beperkingen. In dit onderzoek is wel alleen gekeken naar het aantal chronische ziekten en niet de soort ziekte. Ook opleidingsniveau bleek van invloed op het sporten, echter niet op andere vormen van lichaamsbeweging. Inkomen daarentegen had geen invloed op de lichaamsbeweging, mensen met een laag inkomen sporten echter wel minder (De Klerk & Waarts, 2001).

2.2 Determinanten van gezonde voeding

Het is al erg lang bekend dat gezonde voeding erg belang is voor de gezondheid. Veel ziekten worden dan ook veroorzaakt door verkeerde voeding (Heiser, 1939). Uit onderzoek van Hayes & Ross (1987) kwam naar voren dat twee soorten motivatie ten grondslag liggen aan gezond eten, belang stellen in voorkomen en belang stellen in gezondheid. Gezonde voeding bleek afhankelijk van de mate waarin men dacht controle te hebben over de eigen gezondheid. Mensen met een interne locus of controle eten beter naarmate zij meer belang hechten aan gezondheid. Bij mensen met een externe locus of controle heeft het belang dat zij hechten aan gezondheid geen invloed op het eetpatroon (Hayes & Ross, 1987).

Uit onderzoek Johansson et al. (1999) kwam van de sociale statusindicatoren opleidingsniveau naar voren als belangrijkste determinant van een gezond voedingspatroon. De mate waarin aandacht werd besteed aan gezonde voeding was echter de variabele die de sterkste en meest consistente associatie vertoonde met een gezond eetpatroon. Uit onderzoek

van Contento et al. (1995) bleek dat lekkere smaak, de voordelen voor de gezondheid, de bereidheid om groenten en fruit te eten, de intrinsieke motivatie en de sociale steun determinanten zijn van gezonde voeding bij senioren. Beperkingen bij gezonde voeding zijn onbekwaamheid om kennis over gezonde voeding toe te passen en lage zelfeffectiviteit. Ook leeftijd speelt een rol bij gezonde voeding, jongere senioren zijn positiever dan oudere senioren over de effecten van een gezond voedingspatroon. Van de overige demografische factoren bleken vooral inkomen, opleidingsniveau en woonsituatie van invloed. Bij alleenwonende senioren met een laag inkomen en opleidingsniveau is de kans groter op een onevenwichtig voedingspatroon.

Educatie is belangrijk bij het veranderen van het voedingspatroon van mensen (Heiser, 1939). Het is hierbij vooral erg van belang dat het educatiemateriaal wordt aangepast aan de doelgroep waarvoor het bedoeld is om zo effectief te kunnen zijn (Kreuter, Oswald, Bull & Clark, 2000).

Er is veel onduidelijkheid over wat nu een gezond voedingspatroon is. Er zijn veel verschillende berichten met betrekking tot gezonde voeding en deze berichten veranderen regelmatig (Theobald, 2004). De consumptie van voldoende groente en fruit is een onderwerp dat wel consequent genoemd wordt. Steptoe et al. (2003) hebben onderzoek gedaan naar de factoren die groente- en fruitconsumptie bepalen. Hieruit kwam naar voren dat bekendheid met de aanbevelingen met betrekking tot groente en fruit de belangrijkste invloed heeft op de consumptie van groente en fruit. Kennis van de aanbevolen hoeveelheden werd geassocieerd met grotere inname van groente en fruit. Ook zelfeffectiviteit vertoonde een sterke associatie met groente- en fruit consumptie in dit onderzoek. Zelfeffectiviteit werd in dit onderzoek getoetst door het vertrouwen te meten dat mensen hebben in het eten van groente en fruit in een moeilijke situatie, zoals weg zijn van huis.

2.3 Determinanten van risicogedrag

Er zijn verschillende leefstijlfactoren die een risico vormen voor de gezondheid. Onvoldoende fysieke activiteit en ongezonde voeding kunnen verschillende negatieve consequenties hebben voor de gezondheid. Rookgedrag is ook een belangrijke risicofactor. Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de determinanten van rookgedrag, de meeste

onderzoeken richten zich echter op jongeren, slechts enkele onderzoeken besteden aandacht aan senioren op dit gebied. Net als voor gezonde voeding kwam uit onderzoek van Hayes en Ross (1987) naar voren dat er een verband is tussen de locus of controle met betrekking tot gezondheid en het rookgedrag.

Osler et al. (1999) hebben onderzoek gedaan naar het effect van sociodemografische, gedrags- en gezondheidsgelateerde factoren op het spontaan stoppen met roken. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat mannen meer geneigd waren te stoppen met roken dan vrouwen. Zwaar tabakgebruik komt echter veel vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (Dean, 1989). BMI en opleidingsniveau werden positief geassocieerd met stoppen met roken. Dit bleek echter vooral voor vrouwen van toepassing (Osler et al. 1999).

Een andere risicofactor is overmatig alcoholgebruik. Ook alcoholgebruik is meestal hoger voor mannen dan voor vrouwen (Dean, 1989). Een groot deel van de oudere vrouwen drinkt wel alcohol, weinig vrouwen drinken echter alcohol in schadelijke hoeveelheden. Alcoholgebruik wordt geassocieerd met sociale en medische karakteristieken, zoals fysieke activiteit, een goede gezondheid, hogere economische status, huwelijkse staat en rookgedrag (Ganry et al., 2001).

3 Determinanten gezondheidsgerelateerd gedrag

Gedrag wordt bepaald door psychologische factoren en omgevingsfactoren. Om iets zinnigs te kunnen zeggen over gedrag zullen de gedragsvariabelen geregistreerd moeten worden (Bouwman, 1998). Er zijn veel modellen die zich bezig houden met het verklaren en begrijpen van gedrag.

In veel onderzoeken naar de bereidheid van senioren met betrekking tot gezondheidsgerelateerd gedrag is gebruik gemaakt van de Theory of Planned Behavior als theoretisch kader. Deze theorie wordt beschouwd als een goed toepasbaar model voor bijvoorbeeld fysieke activiteit, waarbij 20% tot 40% van de variantie kan worden verklaard (De Bourdeaudhuij & Rzewnicki, 2001). Ook voor dit onderzoek heeft deze theorie als basis gediend. In de volgende paragraaf wordt de theorie uitgebreid behandeld.

3.1 De Theory of Planned Behavior

De Theory of Planned Behavior is dus een veel gebruikt model om gedrag te voorspellen. Met behulp van de Theory of Planned Behavior wordt geprobeerd een voorspelling te doen van bepaald toekomstig gedrag, in dit geval het deelnemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement.

Volgens de Theory of Planned Behavior gedraagt een persoon zich voornamelijk op basis van zijn intenties om bepaald gedrag uit te voeren. Deze intentie wordt beïnvloed door de geachte waarschijnlijkheid van bepaalde resultaten voortkomend uit het gedrag, alsmede door de sociale invloed met betrekking tot het gedrag (Jordan et al., 2000).

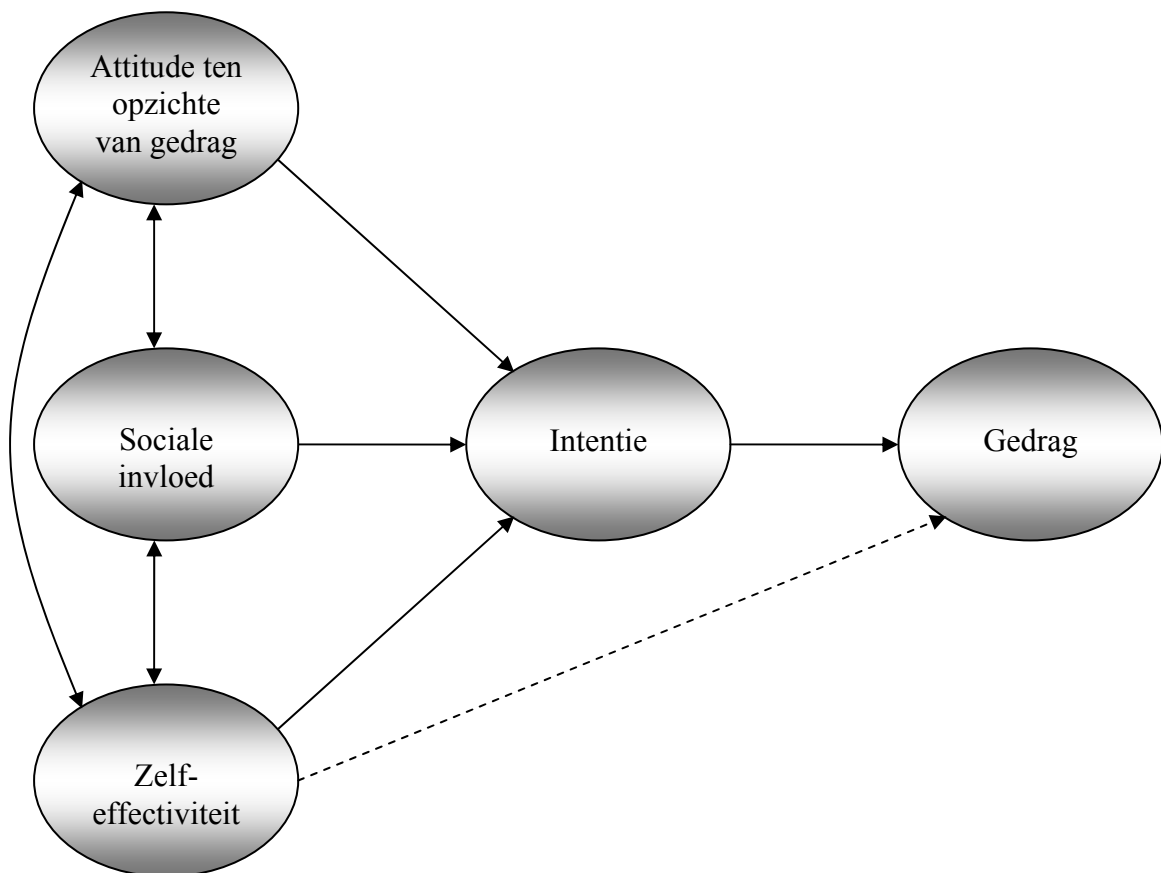
De Theory of Planned Behavior is een uitbreiding op de Theory of Reasoned Action van Ajzen. Volgens de Theory of Reasoned Action wordt de intentie om bepaald gedrag uit te voeren bepaald door de attitude ten opzichte van het gedrag en de sociale invloed (Ajzen, 1991). De attitude ten opzichte van het gedrag wordt bepaald door de oordelen over de attributen van het product en de waardering voor deze attributen. Diverse onderzoekers hebben geconcludeerd dat cognitieve en affectieve attitudecomponenten, indien individueel getoetst, discrete bijdragen leveren aan de totale attitudecomponent (Jordan et al., 2000).

De sociale invloed wordt bepaald door de verwachtingen van de omgeving van het individu en de wens om daaraan te voldoen (Candel & Pennings, 1999; Bosompra, 2001).

Invloeden anders dan meningen, attitudes en sociale druk, werken door in deze variabelen. Leeftijd, geslacht of sociale klasse oefenen alleen invloed op gedrag uit via de modelvariabelen en hebben geen onafhankelijke invloed op consumentengedrag (McCarthy, de Boer, O'Reilly & Cotter, 2003).

De Theory of Reasoned Action stelt dat de intentie om het gedrag uit te voeren groter wordt als er op de factoren hoog gescoord wordt en dat de intentie om het gedrag uit te voeren de directe voorloper is van het gedrag zelf. De Theory of Planned Behavior houdt naast deze factoren ook rekening met de zelfeffectiviteit (Ajzen, 1991). Waargenomen zelfeffectiviteit heeft betrekking op de beoordelingen van mensen met betrekking tot hun capaciteiten om bepaalde niveaus van uitvoeren te behalen. Resultaten van diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de zelfeffectiviteit van mensen een significant effect heeft op hun motivatie en psychosociale functioneren. Waargenomen zelfeffectiviteit kan gedrag met betrekking tot gezondheid op diverse manieren beïnvloeden. Zelfeffectiviteit is gerelateerd aan verschillende vormen van gezondheidsgedrag. Zelfbeoordeling van effectiviteit bepaalt het keuze gedrag van het individu. Pogingen om slecht gedrag te verminderen en de frequentie van goed gedrag te verhogen worden beïnvloed door deze zelfbeoordelingen (O'Leary, 1985).

Figuur 1 geeft de Theory of Planned Behavior weer.



Figuur 1: Theory of Planned Behavior

Het is te verwachten dat naast de variabelen uit de Theory of Planned Behavior er nog andere factoren van invloed zijn op de intentie van senioren om deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. Er zijn daarom aspecten van het Health Belief Model en het Transtheoretische model toegevoegd. Deze theorieën worden in de volgende paragrafen besproken.

3.2 Het Health Belief Model

In het Health Belief Model is risicoperceptie een belangrijke variabele die invloed heeft op het gedrag. Het Health Belief Model heeft als uitgangspunt dat een persoon gezondheidsgerelateerde actie zal ondernemen indien hij/zij denkt dat negatieve gezondheidsconsequenties kunnen worden voorkomen, hij/zij verwacht dat het uit te voeren gedrag de negatieve gezondheidsconsequenties voorkomt en indien de persoon in kwestie

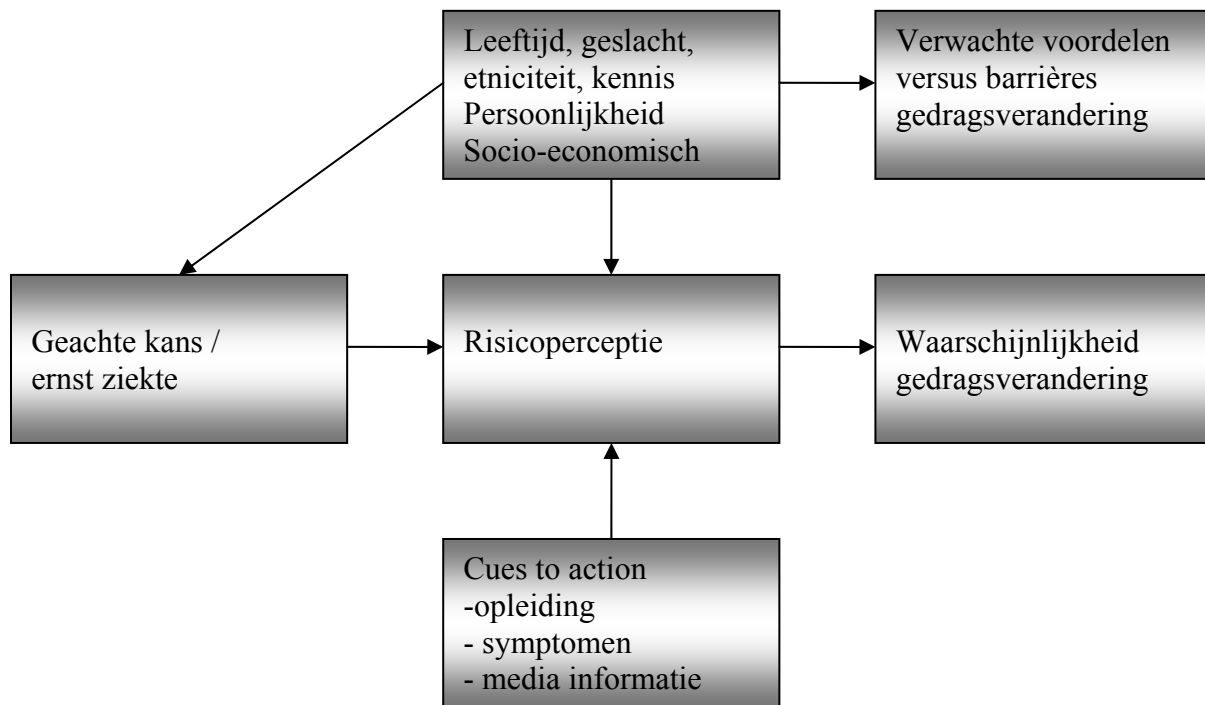
geloofd dat hij/zij het uit te voeren gedrag uit kan voeren. Motivatie voor dit model is dat men een verlangen heeft om negatieve gezondheidsconsequenties te voorkomen.

Het Health Belief Model is gebaseerd op zes concepten. Deze concepten bepalen tezamen of het gedrag wordt uitgevoerd. Deze concepten zijn: “Perceived susceptibility, Perceived Severity, Perceived benefits, Perceived barriers, Cues to action en Self-efficacy” (Glanz et al., 2002). Het Health Belief Model probeert te verklaren waarom mensen, zonder symptomen, gedrag vertonen dat hun gezondheid beschermt. Het is een algemeen model, toepasbaar voor verschillende gedragingen, zoals roken, gezond eten en fysieke activiteit (Hayes & Ross, 1987). Figuur 2 geeft het Health Belief Model weer.

Individuele Percepties

Modificerende factoren

Waarschijnlijkheid Actie



Figuur 2: Health Believe Model

Er wordt verwacht dat risicoperceptie ook in dit onderzoek een grote rol speelt. Onder risicoperceptie wordt in dit onderzoek verstaan de risico's die men denkt te lopen met betrekking tot de eigen gezondheid. Verwacht wordt dat de intentie tot het deelnemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement groter wordt naarmate de risicoperceptie groter is.

3.3 Het Transtheoretische Model

Het Transtheoretische model is een eigentijds psychologisch kader dat de intentionele adoptie van gezondheidsgedrag en het behoud van dit gedrag probeert te verklaren als een proces dat plaatsvindt als gevolg van historie en motivatie (Prochaska & DiClemente, 1983). De constructen van het model zijn uitgebreid bestudeerd in verschillende populaties en met betrekking tot verschillende gedragingen (Prochaska, Redding & Evers, 2002; Velicer, Norman, Fava & Prochaska, 1999; Ruggiero et al., 1999; Velicer, Hughes, Fava, Prochaska & DiClemente, 1995, Kim, 2005). Vooral op het gebied van stoppen met roken is er veel

empirische ondersteuning voor het model. Andere probleemgebieden waarvoor het model is gebruikt zijn o.a. cocaïne gebruik, gewichtscontrole, bewegingsadoptie en crimineel gedrag onder jongeren. De consistentie in de resultaten van deze onderzoeken ondersteunt de aanname dat het model geschikt is voor een grote verscheidenheid aan gedragingen (Velicer, Rossi, Prochaska & DiClemente, 1996). Het transtheoretische model kan dan ook als basis dienen voor het in kaart brengen van de intenties van de doelgroep. (Clark & Aish, 2002).

In het Transtheoretische Model worden zes fasen onderscheiden. Het fasen construct is belangrijk omdat het een tijdelijke dimensie representeert. In het verleden werd gedragsverandering vaak gezien als een eindig gebeuren, het Transtheoretische model ziet gedragsverandering echter als een proces dat vooruitgang impliceert. Volgens de theorie van het model kan een persoon in verschillende fasen verkeren, die elkaar in principe opvolgen (Prochaska, Redding & Evers, 2002). De zes fasen van het model zijn: Precontemplatie, Contemplatie, Voorbereiding, Actie, Gedragsbehoud en Terminatie. Naast de verschillende fasen spelen ook Decisional Balance en Self-efficacy een belangrijke rol in het Transtheoretische Model. De Decisional Balance kan worden ondergebracht in de attitudecomponent van de Theory of Planned Behavior (Armitage, Sheeran, Conner & Arden, 2004). De voor- en nadelen uit het Transtheoretische model weerspiegelen de gedragsovertuigingen uit de Theory of Planned Behavior, die de basis vormen van de attitude ten opzichte van het gedrag (Jordan et al., 2000). Decisional Balance en Self-efficacy zijn voorspellers van verandering, aangezien de invloed van de processen van verandering wordt bemiddeld door de voor- en nadelen en de Self-efficacy. Recente onderzoeken hebben getest of Self-efficacy en Decisional Balance de veranderingen in fasen kunnen voorspellen. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat de waarden van de Theory of Planned Behavior lineair stijgen in opeenvolgende fasen van verandering (Armitage, Sheeran, Conner & Arden, 2004). De Self-efficacy uit het model is situatiespecifiek en kan variëren met betrekking tot persoonlijke omstandigheden (Bandura, 1997).

Verwacht wordt dat het huidige gedrag met betrekking tot gezondheid ook in dit onderzoek een belangrijke rol speelt. In dit onderzoek zal echter gesproken worden over levensstijl. Levensstijl in deze context omvat het gedrag dat iemand vertoont met betrekking tot zijn of haar gezondheid. Hieronder vallen rookgedrag, alcoholgebruik, voedingspatroon en mate van fysieke activiteit. Verwacht wordt dat de intentie tot deelname aan de cursus

Persoonlijk gezondheidsmanagement groter wordt, naarmate de huidige betrokkenheid bij de eigen gezondheid groter is.

3.4 Overige aspecten

Naast de factoren uit de theorieën die in de voorgaande paragrafen besproken zijn, wordt verwacht dat in dit onderzoek nog andere factoren van invloed zijn op de intentie om deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement.

3.4.1 Huidige gezondheid

Er wordt verwacht dat in dit onderzoek ook de (ervaren) huidige gezondheid van de respondenten een belangrijke rol speelt bij de intentie om deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. Uit onderzoeken naar de determinanten van fysieke activiteit bij senioren kwam naar voren dat lichamelijke beperkingen een grote invloed hadden op de fysieke activiteiten. Chronische ziekten daarentegen bleken niet van invloed te zijn (De Klerk & Waarts, 2001). Verwacht wordt dat de intentie om deel te nemen groter wordt, naarmate de (ervaren) gezondheid minder wordt. Lichamelijke beperkingen kunnen echter de intentie tot deelname verkleinen.

3.4.2 Demografische factoren

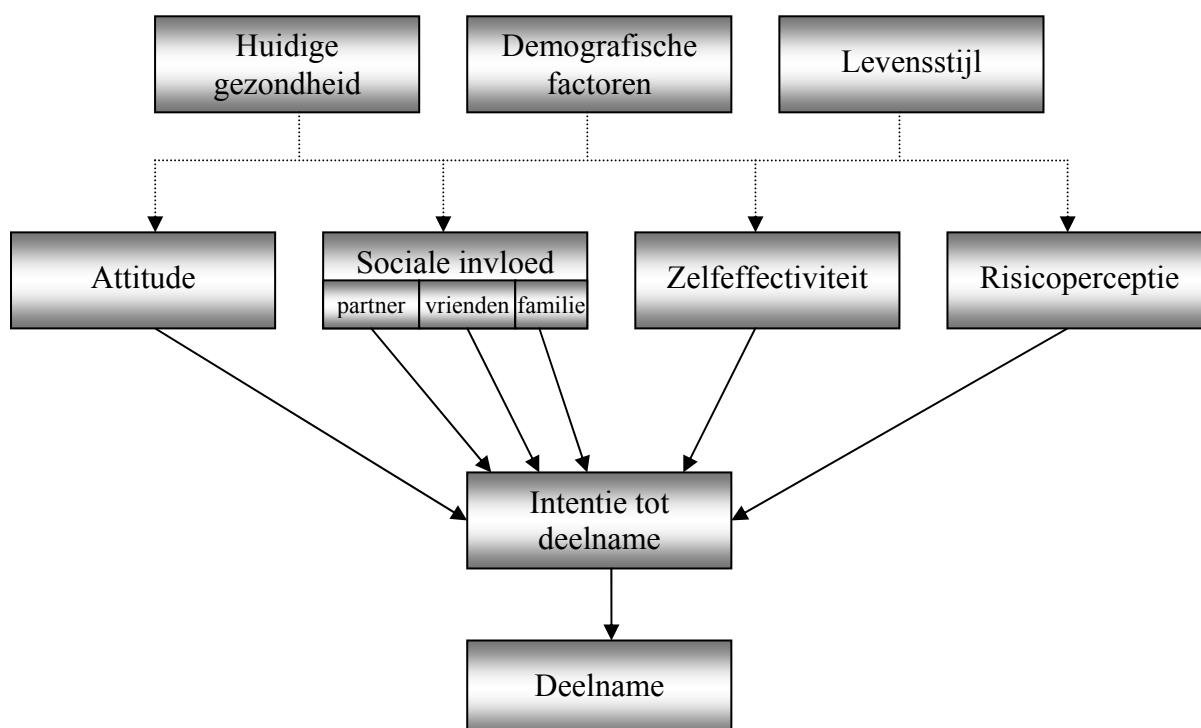
Ook demografische factoren spelen een rol in dit onderzoek. Volgens McCarthy, de Boer, O'Reilly & Cotter (2003) oefenen leeftijd, geslacht of sociale klasse echter alleen invloed op gedrag uit door de modelvariabelen van de Theory of Planned Behavior en hebben zij geen onafhankelijke invloed op consumentengedrag. Deze variabelen zijn wel meegenomen in dit onderzoek. Verwacht wordt dan ook dat leeftijd, nationaliteit, opleidingsniveau, woonsituatie en inkomensniveau via de overige factoren uit het onderzoek invloed hebben op de intentie om deel te nemen aan de cursus. Er is in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen de provincies Utrecht en Overijssel. Verwacht wordt dat “jongere” senioren meer interesse hebben in deelname aan de cursus, dan “oudere” senioren, dit omdat de verwachting van de resterende levensduur over het algemeen hoger is voor “jongere” senioren, waardoor zij mogelijk meer aandacht voor het onderwerp hebben.

– Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren –

Hetzelfde wordt verwacht voor alleenstaanden in vergelijking met mensen die samenwonen of gehuwd zijn, aangezien op alleenstaanden minder directe sociale invloed wordt uitgeoefend en zij hierdoor wellicht op andere manieren naar sociale ondersteuning zoeken. Aangezien hoger opgeleide mensen over het algemeen over meer kennis van en informatie over gezondheid beschikken, wordt verwacht dat zij meer interesse hebben in persoonlijk gezondheidsmanagement dan lager opgeleide mensen. Om diezelfde reden wordt verwacht dat de intentie hoger is voor mensen met een inkomen boven modaal in vergelijking met mensen met een inkomen beneden modaal.

3.5 Factoren persoonlijk gezondheidsmanagement

Door de belangrijkste verklarende elementen uit de verschillende theorieën die in voorgaande paragrafen zijn toegelicht samen te voegen, kan worden nagegaan welke factoren het belangrijkste zijn voor de intentie tot deelname aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. Een schematisch overzicht van deze factoren is weergegeven in figuur 3. De pijlen geven de verwachte invloeden aan.



Figuur 3: factoren persoonlijk gezondheidsmanagement

De gedragsintentie is de afhankelijke variabele in dit onderzoek. De onafhankelijke variabele demografische factoren in dit model bestaat zoals al eerder vermeld uit geslacht, leeftijd, provincie, woonsituatie, nationaliteit, geboorteland, opleidingsniveau en inkomen. Onder attitude vallen de verwachte voor- en nadelen van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. De sociale invloed wordt bepaald door de verwachte attitude van mensen uit de sociale omgeving (de sociale norm) en de motivatie om aan deze verwachtingen te voldoen (de subjectieve norm). De sociale invloed is in dit onderzoek onderverdeeld in drie categorieën: sociale invloed partner, sociale invloed vrienden en sociale invloed familie. Onder zelfeffectiviteit wordt verstaan in hoeverre iemand zich in staat acht deel te nemen aan de cursus. Barrières kunnen tot gevolg hebben dat mensen wel willen deelnemen maar niet kunnen. Risicoperceptie omvat de veronderstelde kans op gezondheidsproblemen en de angst hiervoor. Onder huidige gezondheid wordt verstaan in

hoeverre mensen last hebben van gezondheidsproblemen. Onder levensstijl vallen in dit onderzoek de fysieke activiteiten, het eetpatroon, het rookgedrag en het alcohol gebruik.

4 Methode

Door middel van een kwantitatieve vragenlijst is in dit onderzoek data verzameld. Er is gekozen voor een schriftelijke vragenlijst omdat daarmee relatief goedkoop en snel een grote populatie kan worden bereikt.

4.1 Respondenten vragenlijst

Voor de verspreiding van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een adressenbestand van opleidingsinstituut Scheidegger B.V.. De mensen in dit adressenbestand hebben allen in het verleden aangegeven interesse te hebben in een opleiding van Scheidegger gericht op senioren. Een aantal van deze mensen heeft daadwerkelijk deel genomen aan een opleiding van Scheidegger, de overige mensen in dit bestand hebben informatie aangevraagd of een individueel gesprek met een adviseur gehad.

Er is uit dit adressenbestand een selectie gemaakt van personen uit de provincies Utrecht en Overijssel, om zo twee regio's met elkaar te kunnen vergelijken. Deze selectie is echter wel gemaakt op basis van postcodegebieden, waardoor er enkele plaatsen uit naastgelegen provincies onverhoopt mee zijn genomen. Er is gekozen om de vragenlijst niet nationaal te verspreiden aangezien dit de hoeveelheid data per regio te veel zou verkleinen. Daarnaast wil Senior Health & Care, afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek, in deze provincies beginnen met het aanbieden van de cursus.

Bij een aantal van de personen uit het bestand was de geboortedatum bekend, hier zijn de mensen die ouder waren dan 75 uit verwijderd. Van de meeste mensen was echter geen geboortedatum bekend. De vragenlijst is naar de resterende 1979 adressen verstuurd.

4.2 Constructie vragenlijst

De vragenlijst is gebaseerd op de constructen van het model van persoonlijk gezondheidsmanagement. Bij de *demografische factoren* is gevraagd naar het geslacht, de leeftijd, de postcode en woonplaats, de woonsituatie, het geboorteland, de nationaliteit, het opleidingsniveau en het inkomen. De vragen zijn in meerkeuze vorm gesteld, met voor enkele vragen een invuloptie bij overig.

De *levensstijl* bestaat in dit onderzoek uit de mate van fysieke activiteit, het eetpatroon, het rookgedrag en het alcoholgebruik. De mate van fysieke activiteit is gemeten door te vragen of de respondent regelmatig sport, oefeningen thuis doet, wandelt en fietst en zo ja, hoe vaak. Ook is gevraagd naar het lidmaatschap van sportverenigingen. Het eetpatroon is gemeten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) voor stellingen als “ik eet bewust” en “ik eet minstens 2 stuks fruit per dag”. Het rookgedrag is gemeten door middel van de opties ja, nee en niet meer. Rokers konden daarnaast de hoeveelheid aangeven. Regelmatig alcoholgebruik is ook gemeten door middel van de opties ja, nee en niet meer. Regelmatige drinkers konden daarnaast de frequentie aangeven.

De *huidige gezondheid* is in deze vragenlijst gemeten door de respondenten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) aan te laten geven in hoeverre zij problemen hebben met hun gezondheid en van welke ziekten en aandoeningen zij hinder ondervinden. Er is hier gevraagd naar specifieke problemen, zoals “ik heb last van pijnlijke gewrichten” en algemene gezondheidsproblemen, zoals “ik heb op dit moment problemen met mijn gezondheid”.

De *risicoperceptie* met betrekking tot de eigen gezondheid is in dit onderzoek gemeten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) voor algemene gezondheidsstellingen als “ik pieker regelmatig over mijn gezondheid” en “ik ben bang dat mijn gezondheid in de nabije toekomst verslechterd” en voor specifiekere stellingen als “de kans dat ik last krijg van hart- en vaatziekten acht ik groot”.

De *attitude* is gemeten door te vragen naar uitkomstverwachtingen en verwachte voor- en nadelen aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5). Dit construct bevat stellingen als “ik verwacht door het volgen van de cursus meer betrokken te raken bij mijn gezondheid” en “het educatieve karakter van de cursus spreekt mij aan”.

De *sociale invloed van de partner* is gemeten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) voor stellingen als “mijn partner zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen” en “ik trek mij veel aan van de mening van mijn partner”.

De *sociale invloed van de vrienden* is gemeten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) voor stellingen als “mijn vrienden

zouden het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen” en “ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden”.

De *sociale invloed van de familie* is gemeten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) voor stellingen als “mijn familie zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen” en “ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie”.

De *zelfeffectiviteit* is in dit onderzoek gemeten aan de hand van stellingen als “ik kan tijd vrij maken voor een cursus”. Respondenten konden aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) aangeven in hoeverre zij het met de stellingen eens waren.

De *intentie* is gemeten aan de hand van algemene stellingen als “ik ben geïnteresseerd in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid” en specifieke stellingen als “als de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement bij mij in de regio wordt gegeven, zou ik deelnemen”. Ook hier konden respondenten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) aangeven in hoeverre zij het met de stellingen eens waren.

De vragenlijst bevat daarnaast vragen met betrekking tot het mediaprofiel van de respondenten. Deze vragen gaan over het leesgedrag en informatie zoekgedrag. Door middel van aanvink-hokjes kon aangegeven worden welke tijdschriften, magazines en omroepbladen men leest, hoe vaak huis-aan-huis bladen worden gelezen en welke bronnen men prefereert voor informatie met betrekking tot gezondheid. Deze vragen zijn opgenomen in de vragenlijst om voor eventuele commerciële activiteiten de beste communicatiekanalen te kunnen bepalen.

Tot slot is er een meerkeuzevraag opgenomen om te bepalen hoeveel men bereid is te betalen voor een dergelijke cursus en een stelling waarbij respondenten aan de hand van een 5-punts Likert schaal van “zeer mee oneens” (1) tot “zeer mee eens” (5) aan konden geven in hoeverre zij het eens waren met de stelling “mijn zorgverzekeraar zou een deel van het cursusgeld moeten betalen”. Deze vragen zijn opgenomen in de vragenlijst om een indicatie te kunnen krijgen van de financiële haalbaarheid van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement.

Voor de kwalitatieve input voor de vragenlijst zijn er interviews gehouden met senioren. Er zijn negentien interviews gehouden in de gemeente de Ronde Venen en zestien interviews in de gemeentes Enschede en Hengelo. De respondenten van de interviews zijn benaderd op activiteiten van verschillende organisaties gericht op senioren. De interviews hebben vervolgens op afspraak bij de respondenten thuis plaatsgevonden zonder aanwezigheid van derden. De respondenten hebben voor aanvang van het interview mondeling een instructie gekregen over het doel van het interview met de vermelding dat de resultaten van de interviews anoniem verwerkt zouden worden. De respondenten hebben de beschrijving van de cursus gekregen en daarna zijn open vragen gesteld met betrekking tot de voor- en nadelen van de cursus, de ontbrekende aspecten, de mening van de sociale omgeving, de eventuele barrières en de interesse. Ook is de respondenten gevraagd, eveneens aan de hand van open vragen, naar hun gezonde eetgewoonten, hun fysieke activiteit gewoonten, hun gezondheidsproblemen en hun gepercipieerde gezondheidsrisico's. De resultaten van deze interviews hebben als basis gediend voor de stellingen in de vragenlijst. Een uitgebreid overzicht van de resultaten van de interviews is te vinden in bijlage I.

4.3 Pretest vragenlijst

Om de vragenlijst te pretesten op begrijpelijkheid, acceptatie, relevantie en compleetheid is in dit onderzoek gekozen voor de plus-min methode met mondelinge toelichting achteraf. De vragenlijst is gepretest onder zes 50-plussers uit de gemeentes Enschede en Hengelo en zes 50-plussers uit de gemeente de Ronde Venen. Deze mensen zijn benaderd op activiteitendagen voor senioren. De pretest heeft individueel plaatsgevonden op deze locaties, in een afzonderlijke ruimte, zonder aanwezigheid van derden. De leeftijden van de verschillende respondenten van de pretest waren uiteenlopend, de jongste was 53 jaar, de oudste 73. De man/vrouw verdeling van de respondenten was nagenoeg gelijk. De respondenten hebben mondeling de instructie gekregen de vragenlijst door te lezen, alsof zij hem in zouden vullen, en minnen te plaatsen bij onderdelen van de vragenlijst die in hun ogen onduidelijk, incompleet, irrelevant of onacceptabel waren en plussen te plaatsen bij onderdelen van de vragenlijst die zij juist erg duidelijk, compleet, relevant en acceptabel achtten eventueel voorzien van een schriftelijke toelichting. De geplaatste plussen en minnen zijn achteraf mondeling toegelicht. Naar aanleiding van de pretest zijn enkele stellingen uit de

vragenlijst aangepast. Ook zijn enkele stellingen verwijderd. Over het algemeen vond men de vragenlijst echter erg duidelijk en begrijpelijk en zou men het geen probleem vinden een dergelijke vragenlijst in te vullen.

4.4 Procedure afname onderzoek

De vragenlijst is samen met een inleidende brief, een document met de omschrijving van de cursus en een voorgedrukte antwoordenvolp naar de mensen verstuurd. Ook is er een digitale versie van de vragenlijst op de website van Senior Health & Care geplaatst, met een vermelding van deze optie in de inleidende brief. In deze brief worden ook kort de achtergrond en het doel van het onderzoek toegelicht en worden de mogelijkheden voor contact besproken. Om de respons te verhogen zijn er vijf boekenbonnen van 20 euro verloot onder de mensen die de vragenlijst ingevuld hebben geretourneerd. De uiterste datum voor retourzending van de vragenlijst was gezet op ruim twee weken nadat de vragenlijsten bezorgd waren. De inleidende brief, de vragenlijst en het document met de omschrijving van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement zijn opgenomen in respectievelijk bijlage II, III en IV van deze scriptie.

5 Resultaten

Van de 1979 verstuurde vragenlijsten zijn er 142 ingevuld op papier retour gekomen en 9 digitale versies, wat neerkomt op een respons van 8%. Van deze 151 respondenten bleken er 12 ouder te zijn dan 75, deze zijn daarom niet meegenomen in het onderzoek. De overige 139 vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van SPSS 12.0. Om antwoord te kunnen geven op de gestelde hoofdvraag in dit onderzoek is de, met de vragenlijst verworven, data aan een aantal analyses onderworpen. Alvorens de data geanalyseerd kon worden, zijn de scores op de negatieve stellingen omgeschaald.

5.1 Beschrijvende resultaten

5.1.1 Demografische factoren

De adressen die gebruikt zijn voor de verspreiding van de vragenlijst waren geselecteerd op basis van postcodegebieden. Door overlap van deze postcodegebieden zijn er ook enkele respondenten uit provincies grenzend aan Utrecht en Overijssel. Deze respondenten zijn wel bij de betreffende provincies meegenomen. Alle respondenten bleken de Nederlandse nationaliteit te hebben en slechts 8 respondenten waren geboren in een land anders dan Nederland. Deze geboortelanden liepen daarnaast flink uiteen. Deze verschillen zijn daarom niet meegenomen in de analyses.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 63,38 jaar. In Overijssel was dit 63,36 jaar, in Utrecht 63,40 jaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische variabelen uit het onderzoek, uitgesplitst naar provincie.

Tabel 1: beschrijvende resultaten demografische factoren

| | Overijssel | | Utrecht | | Totaal | |
|---------------------------|------------|----|---------|----|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| N | 82 | 60 | 54 | 40 | 139 | 100 |
| Geslacht | | | | | | |
| Man | 40 | 49 | 19 | 35 | 59 | 43 |
| Vrouw | 42 | 51 | 35 | 65 | 79 | 57 |
| Leeftijdscategorie | | | | | | |
| 50-55 | 9 | 11 | 4 | 8 | 13 | 10 |
| 56-60 | 22 | 28 | 14 | 26 | 37 | 27 |
| 61-65 | 14 | 18 | 16 | 30 | 30 | 22 |
| 66-70 | 20 | 25 | 14 | 26 | 35 | 26 |
| 71-75 | 15 | 19 | 5 | 9 | 20 | 15 |
| Woonsituatie | | | | | | |
| Alleenstaand | 27 | 33 | 17 | 32 | 45 | 32 |
| Samenwonend/gehuwd | 55 | 67 | 36 | 67 | 93 | 67 |
| Anders | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Opleidingsniveau | | | | | | |
| Basis onderwijs | 4 | 5 | 1 | 2 | 5 | 4 |
| Voortgezet onderwijs | 23 | 28 | 15 | 28 | 38 | 27 |
| MBO | 31 | 38 | 15 | 28 | 47 | 34 |
| HBO | 21 | 26 | 19 | 35 | 41 | 30 |
| WO | 3 | 4 | 4 | 7 | 8 | 6 |
| Inkomensniveau | | | | | | |
| Beneden modaal | 39 | 51 | 18 | 35 | 59 | 45 |
| Modaal | 16 | 21 | 19 | 37 | 35 | 27 |
| Boven modaal | 20 | 26 | 11 | 21 | 31 | 24 |
| Meer dan 2x modaal | 1 | 1 | 4 | 8 | 5 | 4 |

Beduidend meer vrouwen dan mannen hebben de vragenlijst retour gezonden. Het overgrote deel van de respondenten komt uit de provincie Overijssel, woont samen of is

gehuwd en heeft een beneden modaal inkomen. Wel zijn er in verhouding veel respondenten met een inkomen boven modaal (bijna 30%), terwijl een groot deel van de Nederlandse bevolking een inkomen beneden modaal heeft. Bij de leeftijdscategorie zijn er in verhouding vrij weinig respondenten in de hoogste en laagste leeftijdscategorie. Bij het opleidingsniveau zijn er weinig respondenten in de hoogste en laagste categorie (slechts 4% en 6% respectievelijk), Dit is vooral opvallend voor de laagste categorie (basis onderwijs) aangezien in verhouding veel senioren in de Nederlandse populatie enkel basisonderwijs hebben gevolgd.

5.1.2 Mediaprofiel

Onder mediaprofiel zijn in dit onderzoek het leesgedrag en het informatie zoekgedrag van de respondenten samengevat. Met betrekking tot het leesgedrag zijn de volgende resultaten naar voren gekomen: 2 respondenten (1%) gaven aan zelden huis-aan-huis bladen te lezen, 21 (15%) soms, 55 (40%) regelmatig, 21 (15%) vaak en 38 (27%) altijd.

Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende soorten tijdschriften en de aantallen lezers onder de respondenten gerangschikt op basis van leesfrequentie. Bij deze vraag konden meerdere opties aangevinkt worden.

Tabel 2: beschrijvende resultaten tijdschriften

| | \bar{x} | σ | n | |
|--------------------------|-----------|----------|-----|------|
| | | | wel | niet |
| Seniorenbladen | 0,46 | 0,50 | 63 | 75 |
| Natuur en tuinbladen | 0,39 | 0,49 | 54 | 84 |
| Opiniebladen | 0,36 | 0,48 | 50 | 88 |
| Gezondheidsbladen | 0,36 | 0,48 | 49 | 89 |
| Familiebladen | 0,32 | 0,47 | 44 | 94 |
| Woonbladen | 0,25 | 0,43 | 34 | 104 |
| Wetenschappelijke bladen | 0,14 | 0,35 | 19 | 119 |
| Roddelbladen | 0,12 | 0,33 | 17 | 121 |
| Vakbladen | 0,12 | 0,33 | 17 | 121 |
| Lifestylebladen | 0,12 | 0,32 | 16 | 122 |

Seniorenbladen worden het meest gelezen door de respondenten, gevolgd door natuur- en tuinbladen, opiniebladen en gezondheidsbladen. Het minst gelezen worden de lifestylebladen, de vakbladen en de roddelbladen.

Tabel 3 geeft een overzicht van het gebruik van de verschillende omroepbladen onder de respondenten gerangschikt op basis van frequentie.

Tabel 3: beschrijvende resultaten omroepbladen

| | n | % |
|-------------------|----|----|
| Geen | 36 | 26 |
| Troskompas | 18 | 13 |
| Avrobode | 13 | 9 |
| NCRV gids | 12 | 9 |
| Mikrogids | 11 | 8 |
| KRO Magazine | 10 | 7 |
| VPRO gids | 8 | 6 |
| EO Visie | 7 | 5 |
| Tv krant | 6 | 4 |
| Vara tv magazine | 6 | 4 |
| Overig | 4 | 3 |
| Veronica Magazine | 3 | 2 |
| TV Satellite | 2 | 1 |
| Televizier | 2 | 1 |

Het meest gelezen omroepblad is de Troskompas met 18 respondenten (13%), gevolgd door de Avrobode en de NCRV gids. Ruim een kwart van de respondenten maakt echter geen gebruik van een omroepblad.

Bij het onderdeel leesgedrag in de vragenlijst is ook gevraagd hoe de respondenten het liefst informatie met betrekking tot gezondheid en welzijn ontvangen. Bij deze vraag konden meerdere opties aangevinkt worden. Tabel 4 geeft een overzicht van de verschillende opties en de frequentie waarin zij genoemd zijn. Bij de optie overig was een open antwoord mogelijk, hier werd vooral de krant genoemd.

Tabel 4: beschrijvende resultaten voorkeur informatievoorziening

| | \bar{x} | σ | n | |
|------------------------|-----------|----------|----------|------|
| | | | wel | Niet |
| Brochure/folder | 0,48 | 0,50 | 66 | 72 |
| Boeken/tijdschriften | 0,38 | 0,49 | 53 | 85 |
| Zorgverleners | 0,28 | 0,45 | 38 | 100 |
| Website | 0,17 | 0,37 | 23 | 115 |
| Cursus/infobijeenkomst | 0,13 | 0,34 | 18 | 120 |
| Overig | 0,07 | 0,25 | 9 | 129 |

De meeste respondenten hebben aangegeven de voorkeur te geven aan schriftelijke informatie en dan met name via een folder of brochure. Ook informatie via zorgverleners had bij veel respondenten de voorkeur. Slechts weinig respondenten gaven aan de voorkeur te geven aan informatie via een cursus of een informatiebijeenkomst.

5.1.3 Attitude

Tabel 5 geeft een overzicht van de gemiddelde scores per item van het onderdeel attitude en de bijbehorende standaardafwijking. Ook de item-totaal correlatie is hierbij weergegeven. De volgorde van de verschillende items is gebaseerd op de gemiddelde score op het item.

Tabel 5: beschrijvende resultaten attitude

| | \bar{x} | σ | R |
|---|-----------|----------|------|
| De aanwezigheid van deskundigen spreekt mij aan. | 3,80 | 1,05 | 0,73 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in goede voeding. | 3,76 | 1,00 | 0,86 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik algemene informatie met betrekking tot gezondheid te krijgen. | 3,75 | 0,98 | 0,74 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik meer te leren over risicofactoren. | 3,74 | 1,07 | 0,84 |
| Door het volgen van de cursus ben ik op een positieve manier bezig met mijn gezondheid. | 3,69 | 1,04 | 0,79 |
| De compleetheid van het aanbod spreekt mij aan. | 3,65 | 0,94 | 0,74 |
| De onderwerpen van de cursus spreken mij aan. | 3,64 | 1,00 | 0,78 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in bewegingsoefeningen. | 3,63 | 1,04 | 0,77 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in de betekenis van termen uit de gezondheidszorg. | 3,62 | 0,97 | 0,71 |
| Ik verwacht door het volgen van de cursus meer betrokken te raken bij mijn gezondheid. | 3,52 | 1,07 | 0,84 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik het inzicht in mijn gezondheid te verbeteren. | 3,46 | 1,08 | 0,79 |
| Het educatieve karakter van de cursus spreekt mij aan. | 3,45 | 0,99 | 0,81 |
| Ik verwacht met behulp van de cursus te leren omgaan met spanningen. | 3,37 | 1,00 | 0,63 |
| Ik verwacht met behulp van de cursus spanningen te leren (herkennen). | 3,34 | 0,97 | 0,75 |
| Ik verwacht dat de inhoud van de cursus taaie stof is. | 3,10 | 0,92 | 0,12 |
| Ik verwacht dat ik de meeste informatie uit de cursus al ken. | 2,38 | 0,96 | 0,16 |

De stelling “De aanwezigheid van deskundigen spreekt mij aan” heeft de hoogste gemiddelde score van het construct attitude gevolgd door “Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in goede voeding”, “Door het volgen van de cursus verwacht ik

algemene informatie met betrekking tot gezondheid te krijgen” en “Door het volgen van de cursus verwacht ik meer te leren over risicofactoren”. De laagste gemiddelde scores zijn voor de stellingen “Ik verwacht dat ik de meeste informatie uit de cursus al ken”, “Ik verwacht dat de inhoud van de cursus taaie stof is” en “Ik verwacht met behulp van de cursus spanningen te leren (herkennen)”. Behalve het item “Ik verwacht dat ik de meeste informatie uit de cursus al ken” scoren alle items in dit construct echter boven de neutrale 3. De meeste respondenten zijn erg positief over de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. De gemiddelde scores op de verwachte voordelen van de cursus en de items met betrekking tot de mate waarin de opzet van de cursus aanspreekt zijn hoog.

Om te kijken of de diverse items van de vragenlijst meten wat zij behoren te meten is er een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd voor de verschillende onderdelen. Cronbach’s Alpha voor de zestien items in het onderdeel attitude van de vragenlijst is erg hoog, bij benadering 0,94. De twee stellingen “Ik verwacht dat de inhoud van de cursus taaie stof is” en “Ik verwacht dat ik de meeste informatie uit de cursus al ken” correleren nauwelijks met de overige stellingen uit het onderdeel attitude. Deze twee stellingen zijn daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Cronbach’s Alpha is voor de resterende veertien stellingen in dit onderdeel 0,96. Deze stellingen zijn samengevoegd in het construct “Attitude”.

5.1.4 Sociale invloed partner

Het onderdeel sociale invloed partner bestaat uit twee delen, de sociale norm en de subjectieve norm. De items die de sociale norm meten zijn allereerst omgeschaald van -2 tot 2. Tabel 6 geeft een overzicht van de gemiddelde scores per item van het onderdeel sociale norm partner, de bijbehorende standaardafwijking en de item-totaal correlatie.

Tabel 6: beschrijvende resultaten sociale norm partner

| | \bar{x} | σ | R |
|---|-----------|----------|------|
| Mijn partner zou mij aanraden deze cursus te volgen. | -0,30 | 1,16 | 0,62 |
| Mijn partner zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | 0,09 | 1,27 | 0,30 |
| Mijn partner zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | -0,37 | 1,19 | 0,63 |

De gemiddelde scores op alledrie de stellingen zijn rond de neutrale 0. De scores op de items “Mijn partner zou mij aanraden deze cursus te volgen” en “Mijn partner zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen” zijn iets negatief, de score op het item “Mijn partner zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” is iets aan de positieve kant.

Cronbach’s Alpha voor de drie items van de sociale norm van de partner uit de vragenlijst is 0,69. De stelling: “Mijn partner zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” correleert onvoldoende met de andere twee stellingen van het construct. Deze stelling is daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Cronbach’s Alpha voor de overige twee stellingen is 0,85.

Het onderdeel subjectieve norm meet de motivatie om aan de verwachtingen van de sociale omgeving te voldoen. De subjectieve norm voor de sociale invloed van de partner is gemeten met behulp van de stelling “Ik trek mij veel aan van de mening van mijn partner”. De gemiddelde score op deze stelling was 3,08 met een standaardafwijking van 1,27. Deze score is slechts iets boven de neutrale score van 3. Door het product te nemen van de gemiddelde scores van deze stelling en de gemiddelde scores op de sociale norm partner is het construct “Sociale invloed partner” gevormd.

5.1.5 Sociale invloed vrienden

Het construct sociale invloed vrienden bestaat net als sociale invloed partner uit de sociale norm en de subjectieve norm. Ook hier zijn de items die de sociale norm meten allereerst omgeschaald van -2 tot 2. Tabel 7 geeft een overzicht van de gemiddelde scores per

item van het onderdeel sociale norm vrienden, de bijbehorende standaardafwijking en de item-totaal correlatie.

Tabel 7: beschrijvende resultaten sociale norm vrienden

| | \bar{x} | σ | R |
|---|-----------|----------|------|
| Mijn vrienden zouden mij aanraden deze cursus te volgen. | -0,40 | 0,96 | 0,50 |
| Mijn vrienden zouden het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | 0,05 | 1,08 | 0,34 |
| Mijn vrienden zouden het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | -0,41 | 1,00 | 0,52 |

De gemiddelde scores op alledrie de stellingen wijken niet veel af van de neutrale 0. De scores op de items “Mijn vrienden zouden mij aanraden deze cursus te volgen” en “Mijn vrienden zouden het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen” zijn iets aan de negatieve kant, de score op het item “Mijn vrienden zouden het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” is slechts iets boven de neutrale 0.

Cronbach’s Alpha voor de drie items van de sociale norm van de vrienden uit de vragenlijst is 0,64. De stelling “Mijn vrienden zouden het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” correleert onvoldoende met de andere twee stellingen van het construct. Deze stelling is daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Cronbach’s Alpha voor de overige twee stellingen is 0,69.

De subjectieve norm voor de sociale invloed van de vrienden is gemeten met behulp van de stelling “Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden”. De gemiddelde score op deze stelling was 2,33 met een standaardafwijking van 1. Deze score is redelijk negatief. Door het product te nemen van de gemiddelde scores van deze stelling en de gemiddelde scores op de sociale norm vrienden is het construct “Sociale invloed vrienden” gevormd.

5.1.6 Sociale invloed familie

Het construct sociale invloed familie bestaat ook uit een sociale norm en een subjectieve norm. De items die de sociale norm meten zijn allereerst omgeschaald van -2 tot

2. Tabel 8 geeft een overzicht van de gemiddelde scores per item van het onderdeel sociale norm familie, de bijbehorende standaardafwijking en de item-totaal correlatie.

Tabel 8: beschrijvende resultaten sociale norm familie

| | \bar{x} | σ | R |
|---|-----------|----------|------|
| Mijn familie zou mij aanraden deze cursus te volgen. | -0,38 | 1,02 | 0,43 |
| Mijn familie zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | -0,03 | 1,16 | 0,25 |
| Mijn familie zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | -0,35 | 0,97 | 0,49 |

De gemiddelde scores op alledrie de stellingen zijn rond de neutrale 0. Met name de score op het item “Mijn familie zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” wijkt nauwelijks af van de 0. De scores op de andere twee items zijn wel iets negatiever.

Cronbach’s Alpha voor de drie items van de sociale norm van de familie uit de vragenlijst is 0,57. De stelling: “Mijn familie zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden” correleert onvoldoende met de andere twee stellingen van het construct. Deze stelling is daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Cronbach’s Alpha voor de overige twee stellingen is 0,69.

De subjectieve norm voor de sociale invloed van de familie is gemeten met behulp van de stelling ” Ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie”. De gemiddelde score op deze stelling was 2,22 met een standaardafwijking van 1,03. Door het product te nemen van de gemiddelde scores van deze stelling en de gemiddelde scores op de sociale norm familie is het construct “Sociale invloed familie” gevormd.

5.1.7 Zelfeffectiviteit

Tabel 9 geeft een overzicht van de scores van de verschillende items uit het construct zelfeffectiviteit.

Tabel 9: beschrijvende resultaten zelfeffectiviteit

| | \bar{x} | σ | R |
|---|-----------|----------|-------|
| Een cursusdag van 2,5 uur is voor mij goed vol te houden. | 3,82 | 1,10 | 0,44 |
| Ik vind 7 modules een goede lengte voor een cursus. | 3,64 | 1,06 | 0,14 |
| Ik kan tijd vrij maken voor een cursus. | 3,60 | 1,14 | 0,40 |
| De kosten van een dergelijke cursus zijn voor mij geen obstakel om deel te nemen. | 2,64 | 1,14 | 0,22 |
| De bereikbaarheid speelt bij mij een belangrijke rol in het deelnemen aan een cursus. | 2,16 | 1,25 | -0,30 |

De scores op de items “Een cursusdag van 2,5 uur is voor mij goed vol te houden”, “Ik vind 7 modules een goede lengte voor een cursus” en “Ik kan tijd vrij maken voor een cursus” zijn allen positief. De duur van een module, de lengte van de cursus en de mogelijkheid tot het vrijmaken van tijd voor een cursus vormen blijkbaar over het algemeen geen barrières. De scores op de items “De kosten van een dergelijke cursus zijn voor mij geen obstakel om deel te nemen” en “De bereikbaarheid speelt bij mij een belangrijke rol in het deelnemen aan een cursus” zijn echter wel negatief. De kosten van een cursus en de bereikbaarheid blijken wel problemen op te kunnen leveren met betrekking tot deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement.

De betrouwbaarheid van het construct zelfeffectiviteit bleek erg laag, met een Cronbach’s Alpha voor de vijf items in het onderdeel van slechts 0,30. De stelling “De bereikbaarheid speelt bij mij een belangrijke rol in het deelnemen aan een cursus” blijkt niet te passen in het construct zelfeffectiviteit, deze stelling is daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Na verwijdering van deze stelling bleek ook de stelling “De kosten van een dergelijke cursus zijn voor mij geen obstakel om deel te nemen” niet voldoende te correleren met de overige stellingen uit het construct. Ook deze stelling is daarom niet meegenomen in de verdere analyses. Cronbach’s Alpha voor de overige drie stellingen van het construct

zelfeffectiviteit is 0,69. Deze drie overgebleven stellingen zijn samengevoegd in het construct “zelfeffectiviteit”.

5.1.8 Intentie

Tabel 10 geeft een overzicht van de scores op de verschillende items van het construct intentie.

Tabel 10: beschrijvende resultaten intentie

| | \bar{x} | σ | R | nee | | neutraal | | ja | |
|------------------------------------|-----------|----------|------|-----|----|----------|----|----|----|
| | | | | n | % | n | % | n | % |
| Interesse deelname | 3,06 | 1,33 | 0,83 | 43 | 31 | 40 | 29 | 53 | 38 |
| Deelname overdag | 2,94 | 1,38 | 0,73 | 46 | 33 | 40 | 29 | 51 | 37 |
| Deelname regio | 3,05 | 1,29 | 0,82 | 44 | 32 | 43 | 31 | 50 | 36 |
| Deelname najaar/winter | 2,98 | 1,32 | 0,77 | 43 | 31 | 43 | 31 | 49 | 35 |
| Deelname kortere variant | 2,94 | 1,30 | 0,64 | 45 | 32 | 50 | 36 | 43 | 31 |
| Deelname openbaar vervoer | 2,82 | 1,28 | 0,73 | 57 | 41 | 42 | 30 | 38 | 27 |
| Slechts enkele modules deelname | 2,48 | 1,16 | 0,30 | 58 | 42 | 50 | 36 | 25 | 18 |
| Deelname avond | 2,28 | 1,21 | 0,46 | 83 | 60 | 33 | 24 | 22 | 16 |
| Van plan toekomst deelname | 2,59 | 1,15 | 0,82 | 54 | 39 | 61 | 44 | 20 | 14 |
| Deelname voorjaar/zomer | 2,22 | 1,08 | 0,46 | 76 | 55 | 46 | 33 | 11 | 8 |

De twee stellingen: “Ik ben geïnteresseerd in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid.” en “Als de cursus PGM bij mij in de regio wordt gegeven, zou ik deelnemen.” zijn de enige twee stellingen in dit construct die een gemiddelde score boven de neutrale 3 hebben. De stelling “Als er een kortere variant van de cursus gegeven zou worden,

zou ik deelnemen”, scoort iets onder de neutrale score van 3, evenals de stellingen “Als de cursus in het najaar/ de winter zou worden gegeven zou ik deelnemen” en “Als de cursus overdag wordt gegeven zou ik deelnemen”. Wel hebben veel respondenten (38%) aangegeven geïnteresseerd te zijn in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid. Slechts 14% is echter van plan in de toekomst aan een dergelijke cursus deel te nemen. Een belangrijke voorwaarde voor deelname is dat de locatie in de regio is. 36% van de respondenten heeft aangegeven deel te nemen als de cursus in hun regio zou worden gegeven. Nog belangrijker is dat de cursus overdag plaatsvindt. 37% van de respondenten heeft aangegeven deel te nemen als de cursus overdag zou worden gegeven, tegenover slechts 16% deelname wanneer de cursus ’s avonds zou worden gegeven. Ook het seizoen is erg belangrijk, 35% van de respondenten heeft aangegeven deel te nemen als de cursus in het najaar of de winter zou worden gegeven, tegenover slechts 8% deelname wanneer de cursus in het voorjaar of de zomer zou worden gegeven. De stellingen “Als de cursus overdag wordt gegeven zou ik deelnemen” en “Als de cursus in het voorjaar of de zomer wordt gegeven zou ik deelnemen” zijn daarom niet meegenomen in de verdere analyses om vertekening van de resultaten te voorkomen.

De betrouwbaarheid van het construct intentie van de vragenlijst is erg hoog. Cronbach’s Alpha voor de tien items in het onderdeel is 0,90. De stelling “Ik zou slechts enkele modules van de cursus willen volgen” correleert niet voldoende met de overige stelling uit dit construct. Ook deze stelling is daarom in de verdere analyses niet meegenomen. Cronbach’s Alpha is na verwijdering van de drie stellingen voor dit onderdeel 0,92. De overige 7 items zijn samengevoegd in het construct intentie voor de verdere analyses.

5.1.9 Huidige gezondheid

Tabel 11 geeft een overzicht van de scores van de respondenten op het onderdeel (ervaren) huidige gezondheid.

Tabel 11: beschrijvende resultaten gezondheid

| | \bar{x} | σ | R | niet | | neutraal | | wel | |
|--|-----------|----------|------|------|----|----------|----|-----|----|
| | | | | n | % | n | % | n | % |
| in recent verleden* problemen gehad met gezondheid | 2,89 | 1,61 | 0,46 | 57 | 41 | 22 | 16 | 55 | 40 |
| in ver verleden** problemen gehad met gezondheid | 2,61 | 1,65 | 0,49 | 67 | 48 | 18 | 13 | 49 | 35 |
| overgewicht | 2,65 | 1,45 | 0,28 | 67 | 48 | 25 | 18 | 44 | 32 |
| pijnlijke gewrichten | 2,42 | 1,43 | 0,59 | 72 | 52 | 19 | 14 | 44 | 32 |
| op moment problemen met gezondheid | 2,40 | 1,49 | 0,67 | 73 | 53 | 24 | 17 | 36 | 26 |
| hoge bloeddruk | 2,19 | 1,50 | 0,43 | 87 | 63 | 14 | 10 | 35 | 25 |
| pijnlijke spieren | 2,29 | 1,38 | 0,55 | 73 | 53 | 25 | 18 | 34 | 24 |
| versleten gewrichten | 2,05 | 1,35 | 0,55 | 82 | 59 | 23 | 17 | 27 | 19 |
| hartklachten | 1,76 | 1,22 | 0,40 | 101 | 73 | 15 | 11 | 18 | 13 |
| te hoog cholesterol | 1,88 | 1,24 | 0,39 | 91 | 65 | 25 | 18 | 17 | 12 |
| diabetes | 1,61 | 1,27 | 0,42 | 109 | 78 | 7 | 5 | 17 | 12 |
| vorm van cara | 1,63 | 1,24 | 0,36 | 104 | 75 | 12 | 9 | 14 | 10 |
| botontkalking | 1,79 | 1,13 | 0,56 | 93 | 67 | 25 | 18 | 11 | 8 |
| migraine | 1,42 | 1,06 | 0,35 | 112 | 81 | 9 | 6 | 10 | 7 |
| aderverkalking | 1,45 | 0,96 | 0,55 | 109 | 78 | 14 | 10 | 8 | 6 |
| hernia | 1,42 | 1,02 | 0,50 | 113 | 81 | 11 | 8 | 6 | 4 |

* minder dan 10 jaar

** meer dan 10 jaar

Alle items in dit construct hebben een gemiddelde score onder de neutrale 3. Toch blijken vrij veel respondenten gezondheidsproblemen te hebben. De meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn overgewicht en pijnlijke gewrichten, met beide ruim 30% van de respondenten. Ook hoge bloeddruk is een veelgenoemd probleem, ruim 25% van de respondenten heeft aangegeven een hoge bloeddruk te hebben. Ook heeft bijna 25% van de

– Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren –

respondenten aangegeven last van pijnlijke spieren te hebben. De minst voorkomende gezondheidsproblemen zijn: een hernia (4%), aderverkalking (6%), migraine (7%) en botontkalking (8%). Vrij veel respondenten hebben in het verleden problemen gehad met hun gezondheid, 35% heeft aangegeven in een ver verleden problemen te hebben gehad met zijn of haar gezondheid. In het recente verleden is dit percentage zelf 40%. Daarnaast heeft ruim 25% van de respondenten op dit moment problemen met zijn of haar gezondheid.

De betrouwbaarheid van het construct huidige (ervaren) gezondheid is erg hoog. Voor de 16 items van het onderdeel (ervaren) gezondheid is Cronbach's Alpha 0,85.

5.1.10 Risicoperceptie

Tabel 12 geeft de gemiddelde scores op het onderdeel risicoperceptie met betrekking tot de eigen gezondheid weer.

Tabel 12: beschrijvende resultaten risicoperceptie

| | \bar{x} | σ | R | niet | | neutraal | | wel | |
|---|-----------|----------|------|------|----|----------|----|-----|----|
| | | | | n | % | n | % | n | % |
| Ik ben bang dat mijn gezondheid in de nabije toekomst verslechtert. | 2,79 | 1,19 | 0,67 | 55 | 40 | 48 | 35 | 34 | 25 |
| De kans dat ik last krijg van hart- en vaatziekten is groot. | 2,68 | 1,21 | 0,62 | 55 | 40 | 51 | 38 | 30 | 22 |
| Ik denk dat ik veel risico loop met betrekking tot mijn gezondheid. | 2,41 | 1,16 | 0,73 | 67 | 49 | 48 | 35 | 22 | 16 |
| De kans dat ik diabetes krijg is groot. | 2,39 | 1,21 | 0,56 | 69 | 52 | 44 | 33 | 20 | 15 |
| De kans dat ik kanker krijg acht ik groot. | 2,52 | 0,94 | 0,48 | 56 | 42 | 61 | 46 | 16 | 12 |
| Ik pieker regelmatig over mijn gezondheid. | 2,15 | 1,16 | 0,59 | 86 | 63 | 36 | 26 | 15 | 11 |
| De kans dat ik ga dementeren acht ik groot. | 2,43 | 0,89 | 0,56 | 59 | 44 | 66 | 49 | 10 | 7 |

Alle items in dit construct hebben een score onder de neutrale 3. De stelling “Ik ben bang dat mijn gezondheid in de nabije toekomst verslechtert” heeft de hoogste gemiddelde score, 25% van de respondenten is bang voor verslechtering van de gezondheid. Daarnaast acht 22% van de respondenten de kans op hart- en vaatziekten groot en denkt 16% van de respondenten veel risico te lopen met betrekking tot zijn of haar gezondheid. De gemiddelde score op de stelling “ik pieker regelmatig over mijn gezondheid” is duidelijk lager dan de scores op de andere items in het construct. Slechts 11% van de respondenten was het eens of zeer eens met deze stelling. De kans op dementie wordt het kleinst geacht van alle items uit het construct. Slechts 7% van de respondenten acht de kans dat zij gaan dementeren groot.

De betrouwbaarheid van het onderdeel risicoperceptie met betrekking tot de eigen gezondheid is erg hoog, Cronbach’s Alpha is 0,84 voor de 7 items van de risicoperceptie. Ook deze items zijn samengevoegd in een construct voor verdere analyses.

5.1.11 Levensstijl

Onder levensstijl wordt in dit onderzoek verstaan de mate van lichamelijke activiteit, het eetpatroon, het rookgedrag en het alcoholgebruik. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat 94 respondenten (68%) regelmatig sporten en 59 respondenten (42%) lid zijn van een sportvereniging. De meest genoemde hierbij zijn de sportschool en de tennisvereniging. Daarnaast doen 104 respondenten (75%) regelmatig oefeningen thuis, fietsen 114 respondenten (82%) regelmatig en wandelen 113 respondenten (81%) regelmatig.

Tabel 13 geeft een overzicht van de gemiddelde scores op het eetpatroon.

Tabel 13: beschrijvende resultaten eetpatroon

| | \bar{x} | σ | R |
|--|-----------|----------|------|
| Ik eet gevarieerd. | 4,29 | 0,92 | 0,68 |
| Ik eet minstens 2 ons groente per dag. | 4,14 | 1,04 | 0,70 |
| Ik let op wat ik eet. | 4,09 | 1,06 | 0,70 |
| Ik eet minstens 2 stuks fruit per dag. | 4,06 | 1,20 | 0,59 |
| Ik eet bewust. | 3,96 | 0,98 | 0,50 |
| Ik eet minstens 1 keer per week vis. | 3,87 | 1,31 | 0,33 |

De scores op het eetpatroon zijn gemiddeld erg hoog. De stelling “Ik eet gevarieerd” heeft de hoogste score van de items in dit construct, gevolgd door “Ik eet minstens 2 ons groente per dag”. De laagste gemiddelde scores zijn voor de items “Ik eet minstens 1 keer per week vis” en “Ik eet bewust”.

Ook de betrouwbaarheid van het onderdeel is hoog, voor de 6 items van het onderdeel eetpatroon is er een Cronbach’s Alpha gevonden van 0,81. De stelling “Ik eet minstens 1 keer per week vis” blijkt echter niet goed te passen binnen het onderdeel eetpatroon, deze is daarom niet meegenomen bij de samenvoeging tot het construct levensstijl, Cronbach’s Alpha voor de overige 5 items is 0,84.

Ook het rook- en alcoholgedrag van de respondenten is bekeken. De resultaten geven aan dat slechts 22 respondenten (16%) roken, 29 respondenten (21%) roken niet meer en 87 respondenten (63%) roken niet. Van de rokers rookt er 1 (5%) alleen op feestjes, 3 (14%) roken minder dan 3 sigaretten per dag, 6 (29%) roken 3 tot 10 sigaretten per dag, 9 (43%) roken 10 tot 20 sigaretten per dag en 2 rokers (10%) roken meer dan 20 sigaretten per dag.

Het alcoholgebruik ligt beduidend hoger dan het tabaksgebruik: 96 respondenten (69%) hebben aangegeven regelmatig alcohol te drinken, 3 (2%) drinken niet meer en 39 respondenten (28%) drinken niet of zelden. 31 van de regelmatige drinkers (30%) drinkt meerdere glazen alcohol per dag, hetzelfde aantal drinkt een glas per dag. 18 respondenten (17%) hebben aangegeven enkele glazen alcohol per week te drinken en 11 (11%) drinken alleen in de weekenden. Tot slot drinken 13 van de respondenten (13%) alleen op feestjes.

De verschillende vragen zijn samengevoegd tot het construct levensstijl voor de verdere analyses.

5.1.12 Kosten cursus

Met betrekking tot de kosten van de cursus laten de resultaten zien dat de gemiddelde score op deze vraag slechts 1,60 is, met een standaardafwijking van 0,87. 70 respondenten (50%) hebben aangegeven minder dan 50 euro te willen betalen voor een dergelijke cursus, 32 respondenten (23%) 50 tot 100 euro. Daarnaast hebben 12 respondenten (9%) aangegeven bereid te zijn 100 tot 200 euro te betalen, 4 respondenten (3%) 200 tot 300 euro en slechts 1 respondent (1%) 300 tot 500 euro.

De meeste respondenten vinden daarnaast dat hun zorgverzekeraar een deel van het cursusgeld zou moeten betalen ($\bar{x} = 3,83$, $\sigma = 1,37$). 20 respondenten (14%) zijn het oneens met de stelling dat de zorgverzekeraar een deel zou moeten betalen, 28 respondenten (20%) hebben neutraal geantwoord en 85 respondenten (61%) zijn het eens met de stelling.

5.2 Correlaties

Om te kijken welke onafhankelijke variabelen correleren met de afhankelijke variabele uit dit onderzoek en of de verschillende onafhankelijke variabelen in dit onderzoek elkaar niet te veel hebben beïnvloed zijn deze variabelen uitgezet in een correlatiematrix. Tabel 14 geeft een overzicht van de constructen en de bijbehorende correlaties. Sociale invloed is in deze tabel afkort tot SI.

Tabel 14: correlaties determinanten persoonlijk gezondheidsmanagement

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-----------------------------|--------|---------|--------|-------|--------|--------|---------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|----|
| 1 Intentie | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Geslacht | 0,19* | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Leeftijdscat. | -0,01 | -0,44** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 4 Provincie | 0,08 | 0,13 | -0,04 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5 Woonsituatie | -0,08 | 0,13 | -0,17* | 0,06 | 1 | | | | | | | | | | |
| 6 Opleidingsniv. | -0,10 | -0,08 | 0,01 | 0,12 | 0,15 | 1 | | | | | | | | | |
| 7 Inkomen | -0,06 | -0,26** | 0,03 | 0,13 | 0,24** | 0,42** | 1 | | | | | | | | |
| 8 Gezondheid | 0,12 | 0,24** | -0,12 | -0,04 | -0,09 | -0,21* | -0,23** | 1 | | | | | | | |
| 9 Risicoperceptie | 0,16 | 0,04 | 0,03 | -0,01 | -0,01 | -0,06 | 0,01 | 0,49** | 1 | | | | | | |
| 10 Levensstijl | -0,13 | -0,07 | 0,06 | -0,12 | 0,04 | 0,14 | 0,15 | -0,14 | -0,14 | 1 | | | | | |
| 11 Attitude | 0,60** | 0,22** | -0,02 | 0,10 | -0,12 | -0,4 | -0,19* | 0,07 | 0,22** | 0,08 | 1 | | | | |
| 12 SI partner | 0,61** | 0,01 | 0,09 | 0,11 | -0,06 | -0,11 | -0,05 | 0,00 | 0,04 | -0,13 | 0,40** | 1 | | | |
| 13 SI vrienden | 0,53** | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,01 | -0,13 | -0,07 | 0,06 | 0,13 | -0,15 | 0,47** | 0,75** | 1 | | |
| 14 SI familie | 0,49** | 0,03 | 0,05 | 0,09 | 0,03 | -0,05 | 0,05 | 0,00 | 0,12 | -0,17 | 0,40 | 0,67** | 0,69** | 1 | |
| 15 Zelfeffectiviteit | 0,28** | 0,12 | 0,06 | 0,10 | -0,07 | 0,08 | 0,08 | -0,07 | 0,10 | -0,02 | 0,42 | 0,13 | 0,22* | 0,18* | 1 |

* Correlatie is significant ($p < 0.05$) tweezijdig

** Correlatie is significant ($p < 0.01$) tweezijdig

Veel onafhankelijke variabelen blijken met elkaar te correleren. Deze correlaties zijn echter vrij laag ($< 0,65$), waardoor de kans op multi-collineariteit klein is. De verschillende groepen van de sociale invloed correleren wel hevig. Deze correlatie is echter te verklaren door het feit dat deze drie constructen hetzelfde meten, maar dan voor verschillende subgroepen. De verschillende onafhankelijke variabelen beïnvloeden elkaar dus niet overmatig. Er is een significante correlatie tussen de afhankelijke variabele de intentie en de onafhankelijke variabelen geslacht, attitude, sociale invloed partner, sociale invloed vrienden, sociale invloed familie en zelfeffectiviteit.

5.3 Regressieanalyse

Met behulp van een stapsgewijze meervoudige regressie analyse kan gekeken worden welke onafhankelijke variabelen in welke mate bijdragen aan de variantie van de afhankelijke variabele. In dit onderzoek is de afhankelijke variabele de gedragsintentie. Er is een meervoudige regressieanalyse voor de onafhankelijke variabelen die correleerden met de intentie, uitgevoerd in twee blokken. Het eerste blok bevat de demografische factoren, in dit geval alleen geslacht. In het tweede blok zijn psychosociale constructen attitude, sociale

invloed partner, sociale invloed vrienden, sociale invloed familie en zelfeffectiviteit toegevoegd.

Omdat er correlaties zijn gevonden tussen de verschillende onafhankelijke variabelen uit dit onderzoek is ook de mate van tolerantie gemeten met de regressieanalyse. Deze tolerantie is hoog genoeg (allen >0,4) om multi-collineariteit uit te sluiten. Voor de drie onderdelen van de sociale invloed is de tolerantie, zoals verwacht naar aanleiding van de resultaten van de correlatiematrix, wel vrij laag

Met het eerste model van de regressieanalyse, de demografische factoren, kan slechts 5% van de variantie in de gedragsintentie worden verklaard ($R^2 = 0,050$). Dit model is wel significant ($p < 0,025$) Met het tweede model kan 56% van de variantie in de gedragsintentie worden verklaard ($R^2 = 0,560$) Dit model is ook significant ($p < 0,001$). De psychosociale factoren voegen 51% toe aan de verklaarde variantie in de gedragsintentie. De coëfficiënten van de regressie analyse zijn in tabel 15 weergegeven. Sociale invloed is ook in deze tabel afgekort tot SI.

Tabel 15: coëfficiënten regressieanalyse

| | Model 1 | | | Model 2 | | |
|-------------------|---------|------|---------|---------|------|---------|
| | B | SE B | β | B | SE B | β |
| (Constant) | 2,20 | 0,32 | | 0,69 | 0,40 | |
| Geslacht | 0,48 | 0,19 | 0,22* | 0,22 | 0,14 | 0,10 |
| Attitude | | | | 0,48 | 0,11 | 0,38*** |
| SI partner | | | | 0,12 | 0,03 | 0,39*** |
| SI vrienden | | | | 0,13 | 0,06 | 0,25* |
| SI familie | | | | -0,09 | 0,07 | -0,17 |
| Zelfeffectiviteit | | | | 0,07 | 0,09 | 0,06 |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Uit de resultaten van de regressieanalyse voor model 2 blijkt dat de attitude en de sociale invloed van de partner de belangrijkste invloedsvariabelen op de gedragsintentie zijn ($p < 0,001$ voor beide variabelen). Ook de sociale invloed van de vrienden is significant ($p < 0,05$). Met andere woorden, wanneer een van deze variabelen toeneemt, zal ook de intentie

toenemen. Voor de variabelen geslacht, sociale invloed familie en zelfeffectiviteit is geen significante invloed gevonden op de gedragsintentie.

Aangezien er sterke correlaties zijn gevonden tussen de attitude en het geslacht, inkomen en de risicoperceptie is er ook voor deze variabelen een regressieanalyse uitgevoerd, met de attitude als afhankelijke variabele. De drie variabelen bleken 15% van de variantie in de attitude te verklaren ($R^2 = 0,15$, $p < 0,001$). Vooral de gepercipieerde gezondheidsrisico's bleken van invloed op de attitude, ($\beta = 0,28$, $p < 0,001$). Daarnaast was ook de invloed van het geslacht op de attitude significant ($\beta = 0,18$, $p < 0,05$).

5.4 Verschillen intentie op basis van demografische factoren

Tot slot is er gekeken naar verschillen in intentie op basis van demografische factoren. Er is hiervoor gebruik gemaakt van een ANOVA toets, aangezien enkele demografische factoren uit meer dan twee categorieën bestaan. Tabel 16 geeft een overzicht van de gemiddelde scores op het construct intentie en de bijbehorende standaardafwijkingen.

Tabel 16: demografische verschillen gemiddelde intentie

| | Overijssel | | Utrecht | | Totaal | |
|---------------------------|------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | \bar{x} | σ | \bar{x} | σ | \bar{x} | σ |
| Totaal | 2,83 | 1,07 | 3,01 | 1,05 | 2,91 | 1,06 |
| Geslacht | | | | | | |
| Man | 2,74 | 0,96 | 2,55 | 0,98 | 2,68* | 0,97 |
| Vrouw | 2,92 | 1,17 | 3,27 | 1,00 | 3,08* | 1,10 |
| Leeftijdscategorie | | | | | | |
| 50-55 | 2,87 | 1,33 | 3,46 | 1,12 | 3,05 | 1,26 |
| 56-60 | 2,55 | 1,18 | 3,12 | 1,16 | 2,77 | 1,19 |
| 61-65 | 3,15 | 0,87 | 2,77 | 1,05 | 2,95 | 0,97 |
| 66-70 | 3,00 | 1,00 | 2,95 | 1,14 | 2,98 | 1,04 |
| 71-75 | 2,68 | 1,09 | 3,23 | 0,86 | 2,81 | 0,99 |
| Woonsituatie | | | | | | |
| Alleenstaand | 3,07 | 0,96 | 3,00 | 0,95 | 3,04 | 0,95 |
| Samenwonend/ gehuwd | 2,72 | 1,11 | 3,03 | 1,11 | 2,84 | 1,12 |
| Opleidingsniveau | | | | | | |
| Basis | 3,11 | 1,23 | | | 2,74 | 1,34 |
| Voortgezet | 2,81 | 1,13 | 3,11 | 1,06 | 2,93 | 1,10 |
| MBO | 3,07 | 1,04 | 3,15 | 0,94 | 3,10 | 1,00 |
| HBO | 2,57 | 1,01 | 3,01 | 1,09 | 2,78 | 1,06 |
| WO | 2,10 | 1,01 | 2,57 | 1,18 | 2,37 | 1,05 |
| Inkomen | | | | | | |
| Beneden modaal | 2,92 | 1,12 | 3,12 | 0,81 | 2,98 | 1,03 |
| Modaal | 2,87 | 0,97 | 3,00 | 1,18 | 2,94 | 1,07 |
| Boven modaal | 2,74 | 1,01 | 2,76 | 1,16 | 2,75 | 1,05 |
| Meer dan 2x modaal | | | 3,04 | 1,50 | 2,93 | 1,32 |

* $p < 0,05$

De score op het construct intentie is gemiddeld hoger bij respondenten uit de provincie Utrecht ($\bar{x} = 3,01$), dan bij respondenten uit de provincie Overijssel ($\bar{x} = 2,83$). Dit verschil is echter niet significant ($F = 0,91$, $p = 0,34$). De gemiddelde score op de intentie is beduidend hoger voor vrouwen ($\bar{x} = 3,08$), dan voor mannen ($\bar{x} = 2,68$). Dit verschil is significant ($F = 4,97$, $p = 0,03$). Respondenten in de leeftijdscategorie 61-70 jaar ($\bar{x} = 2,95$ en $\bar{x} = 2,98$) scoren gemiddeld het hoogst op de intentie. De gemiddelde score op dit construct is nog hoger voor respondenten van 50-55 jaar ($\bar{x} = 3,05$), dit was echter een erg kleine groep ($N = 13$). De

verschillen in gemiddelde intentie op basis van leeftijdscategorieën is dan ook niet significant ($F= 0,25$, $p= 0,91$). Alleenstaanden ($\bar{x}= 3,04$) hebben gemiddeld een iets hogere score op de intentie dan respondenten die samenwonen of gehuwd zijn ($\bar{x}= 2,84$). Dit geldt echter alleen voor respondenten uit Overijssel. De verschillen voor beide provincies samen zijn dan ook niet significant ($F= 0,55$, $p= 0,58$). Mensen met een MBO opleiding ($\bar{x}= 3,10$) of lager hebben gemiddeld een hogere score op het construct intentie dan hoger opgeleiden. De verschillen op basis van opleidingsniveau zijn echter niet significant ($F= 1,14$, $p= 0,34$). Bij de verschillende inkomenniveaus is de gemiddelde score op het construct intentie hoger voor respondenten met een inkomen beneden modaal ($\bar{x}= 2,98$) of modaal ($\bar{x}= 2,94$). Respondenten met een inkomen van meer dan 2 keer modaal hebben ook een hoge gemiddelde score ($\bar{x}= 2,93$). Deze groep respondenten was echter erg klein ($N= 5$), waardoor dit resultaat vertekend kan zijn. Ook de verschillen op basis van inkomensniveau bleken niet significant te zijn ($F= 0,27$, $p= 0,85$).

6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Zoals in de inleiding besproken komt er door de vergrijzing dus steeds meer druk op de zorg te staan. Zelfmanagement kan effectief zijn in het terug dringen van het zorggebruik en het beperken van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Senior Health & Care heeft een cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement opgezet voor senioren met als doel het verschaffen van duidelijke handvatten en het bevorderen van de zelfredzaamheid. Dit onderzoek is opgezet om inzicht te verschaffen in de factoren die de intentie tot persoonlijk gezondheidsmanagement beïnvloeden. De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek was:

Welke determinanten bepalen de bereidheid van senioren om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement?

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn er enkele subvragen opgesteld:

1. *Hoe groot is de bereidheid om deel te nemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement?*
2. *Welke doelgroepen kunnen aangewezen worden?*
3. *Hoe kan de doelgroep het beste bereikt worden?*
4. *Wat is de huidige gezondheid van senioren en hoe is hun risicoperceptie en levensstijl?*
5. *Welke psychosociale factoren beïnvloeden de intentie?*

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen zijn er interviews afgenomen bij 50-plussers uit de gemeenten Enschede, Hengelo en de Ronde Venen. Op basis van de resultaten van deze interviews is er een vragenlijst opgesteld en afgenomen onder 50-plussers uit de provincies Utrecht en Overijssel (N=139). De afhankelijk variabele in dit onderzoek was de intentie om deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement specifiek, en een gezondheids cursus in het algemeen. De onafhankelijke variabelen in dit onderzoek waren de demografische factoren, de huidige gezondheid, de levensstijl, de risicoperceptie, de

– *Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren* –

attitude, de sociale invloed van de partner, de sociale invloed van de vrienden, de sociale invloed van de familie en de zelfeffectiviteit.

Voor de verspreiding van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een adressenbestand van Scheidegger opleidingen BV. Deze mensen hebben allen in het verleden informatie aangevraagd met betrekking tot een computercursus gericht op senioren. Dit maakt dat de steekproef niet geheel representatief was voor de gehele bevolking, immers de respondenten waren al enigszins geïnteresseerd in het deelnemen aan een cursus. Daarnaast zijn in dit onderzoek slechts twee provincies betrokken, waardoor de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar andere delen van het land. Doordat er een adressenbestand ter beschikking was gesteld, werd er een hoge respons verwacht. De respons in dit onderzoek bedroeg echter slechts 8%. Dit is vrij laag, zeker gezien de leeftijdscategorie van het onderzoek. De steekproef van dit onderzoek was echter wel groot genoeg om te kunnen extrapoleren.

6.1 Bereidheid deelname persoonlijk gezondheidsmanagement

Bijna 40% van de respondenten heeft dus aangegeven geïnteresseerd te zijn in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid. Ruim 35% van de respondenten zou deelnemen aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement indien deze overdag wordt gegeven in het najaar of in de winter en de locatie van de cursus in de regio is. Dit zijn duidelijk voorwaarden voor deelname. Wanneer de cursus 's avonds zou plaatsvinden zou slechts 16% deelnemen en wanneer de cursus in het voorjaar of in de zomer zou plaatsvinden zou zelfs nog slechts 8% deelnemen. Aanbevolen wordt dan ook om een persoonlijk gezondheidsmanagement programma gericht op senioren in het najaar/ de winter overdag aan te bieden en centrale locaties hiervoor te kiezen in gebieden waar, in verhouding met andere wijken, meer senioren wonen.

Een mogelijke barrière voor deelname is echter het bedrag dat men bereid is te besteden aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement. De meeste respondenten hebben aangegeven maximaal 50 euro te willen betalen. Dit bedrag is afhankelijk van het inkomen van de respondenten ($p < 0,05$). Dit bedrag is echter ver beneden de kostprijs van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement van senior Health & Care. Hoewel resultaten

met betrekking tot de hoogte van het bedrag dat men bereid is te betalen voor een product of dienst nooit geheel representatief zijn, geven zij toch vaak een goede indicatie van de werkelijkheid.

Geconcludeerd kan worden dat er wel interesse is voor een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement, het commercieel aanbieden van een persoonlijk gezondheidsmanagement programma gericht op senioren wordt echter bemoeilijkt, doordat veel mensen slechts weinig geld ervoor over hebben. De meeste respondenten hebben daarnaast aangegeven van mening te zijn dat hun zorgverzekeraar een deel van het cursusgeld zou moeten betalen. Aanbevolen wordt dan ook om te kijken of er voor de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement van Senior Health & Care een mogelijkheid bestaat tot sponsoring of subsidiëring vanuit de overheid of de zorgverzekeraars. Een andere optie is het verlagen van de kostprijs. De meeste kosten zitten echter in de aanwezigheid van deskundigen en dit aspect wordt door de respondenten als een van de belangrijkste onderdelen van de cursus gezien.

6.2 Doelgroepbepaling op basis van demografische factoren

Er zijn vrij veel verschillen in gemiddelde scores, op de intentie tot deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement, op basis van demografische factoren gevonden. Respondenten uit de provincie Utrecht bleken gemiddeld een hogere intentie te hebben, dan respondenten uit de provincie Overijssel. De hoogste gemiddelde score op intentie bleek voor respondenten in de leeftijdscategorie 61-70 jaar. Ook op basis van opleidingsniveau waren er verschillen in gemiddelde score op de intentie, de score op dit construct is gemiddeld hoger voor respondenten met een MBO opleiding of lager, hoger opgeleiden hadden gemiddeld een lagere intentie. Ook respondenten met een modaal of beneden modaal inkomen bleken gemiddeld een iets hogere intentie te hebben dan respondenten met een boven modaal inkomen. Ditzelfde gold voor alleenstaanden in vergelijking met samenwonende/gehuwde respondenten. Deze verschillen waren echter alle bij lange na niet significant. Het enige significante verschil in gemiddelde score op de intentie bleek op basis van geslacht. Vrouwen hadden een significant hogere score.

De belangrijkste doelgroep voor een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement zijn dus volgens de resultaten van dit onderzoek vrouwen. Aanbevolen wordt dan ook om de

communicatie met betrekking tot het promoten van een persoonlijk gezondheidsmanagement programma voornamelijk op vrouwelijke senioren te richten.

6.3 Hoe de doelgroep te bereiken

Met betrekking tot het leesgedrag van de respondenten kan geconcludeerd worden dat de meest gelezen tijdschriften seniorenbladen, natuur- en tuinbladen, opiniebladen en gezondheidsbladen zijn. De meest gelezen omroepbladen onder de respondenten zijn Troskompas, Avrobode, NCRV gids en Mikrogids. Een groot deel van de respondenten maakt echter geen gebruik van een omroepblad. Huis-aan-huis bladen worden gemiddeld erg frequent gelezen door de respondenten. Kortom de schriftelijke kanalen die het hoogste bereik halen in de doelgroep zijn: seniorenbladen, natuur- en tuinbladen, opiniebladen, gezondheidsbladen en huis-aan-huis bladen.

Het feit dat er slechts twee provincies in dit onderzoek zijn meegenomen, kan ook effect hebben gehad op de gevonden belangrijkste mediakanalen. De twee provincies uit het onderzoek bevatten in vergelijking met overige provincies in Nederland vrij veel kleinere dorpen met een sterke geloofsovertuiging. Dat is te zien aan de resultaten, vooral de meest gelezen omroepbladen zijn gericht op bepaalde geloofsovertuigingen. Mogelijk worden in andere delen van Nederland andere tijdschriften frequenter gelezen onder senioren en wellicht huis-aan-huis bladen minder frequent.

Aanbevolen wordt om als medium voor de promotie van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement voornamelijk gebruik te maken van huis-aan-huis bladen. Deze bladen worden zeer frequent gelezen door de respondenten en de kosten van dit medium zijn relatief laag. Ook tijdschriften lenen zich goed voor dergelijke communicatie uitingen. Aanbevolen wordt in dat geval gebruik te maken van seniorenbladen en gezondheidsbladen, aangezien hun bereik hoog is binnen de doelgroep en zij goed aansluiten bij het onderwerp van de cursus.

6.4 Huidige gezondheid, risicoperceptie en levensstijl

Vrij veel respondenten hebben aangegeven gezondheidsproblemen te hebben. Een kwart van de respondenten heeft op dit moment problemen met zijn of haar gezondheid en 40% van de respondenten heeft in het verleden problemen met zijn of haar gezondheid gehad. De meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn overgewicht, pijnlijke gewrichten en hoge bloeddruk.

Van de respondenten is 25% bang voor verslechtering van zijn of haar gezondheid. Het grootst wordt het risico op hart- en vaatziekten geacht. Slechts 11% piekert echter regelmatig over de gezondheid.

Onder levensstijl werd in dit onderzoek verstaan de mate van lichamelijke activiteit, het eetpatroon, het rookgedrag en het alcoholgebruik. De levensstijl van de respondenten uit dit onderzoek is gemiddeld vrij gezond. Bijna 70% van de respondenten sport regelmatig, ruim 40% is lid van een sportvereniging. Daarnaast doet 75% van de respondenten regelmatig oefeningen thuis en wandelt en/of fiets ruim 80% regelmatig. Ook het eetpatroon van de respondenten is erg goed. Slechts 16% van de respondenten rookt. Het alcoholgedrag ligt beduidend hoger, 69% drinkt regelmatig alcohol, waarvan 30% zelfs meerdere glazen per dag.

Geconcludeerd kan worden dat een deel van de respondenten problemen ervaart met zijn of haar gezondheid en dat een even groot deel van de respondenten zich zorgen maakt over zijn of haar gezondheid. De levensstijl van de respondenten is daarentegen gemiddeld wel erg goed, al drinkt een groot deel wel erg veel alcohol. Aanbevolen wordt dit mee te nemen in de communicatie uitingen met betrekking tot de cursus Persoonlijk gezondheidsmanagement en hierop in te spelen.

6.5 Invloed psychosociale factoren

Om te kijken welke variabelen de variantie in de intentie tot deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement kunnen verklaren, zijn de onafhankelijke variabelen die correleerden met de afhankelijk variabele uitgezet tegen de intentie. Uit deze regressie analyse kwam naar voren dat de attitude ten opzichte van de cursus en de sociale invloed van de partner de belangrijkste invloedsvariabelen in dit onderzoek waren. Met andere woorden, hoe

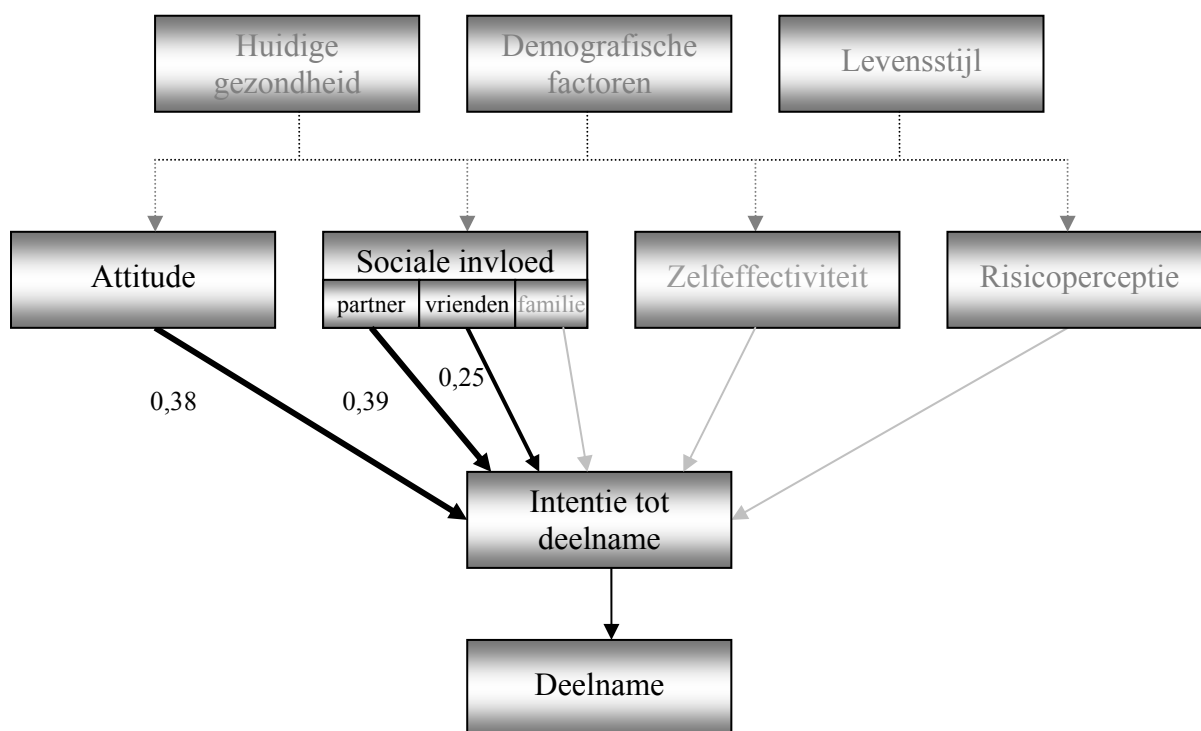
positiever de attitude ten opzichte van de cursus of de sociale invloed van de partner, hoe hoger de intentie om deel te nemen aan de cursus. De sociale invloed van de vrienden bleek ook een belangrijke invloedsvariabele in dit onderzoek. Er is geen invloed aangetoond van de sociale invloed van de familie op de intentie.

Er werd verwacht dat de huidige gezondheid, de levensstijl, de risicoperceptie met betrekking tot de eigen gezondheid en zelfeffectiviteit ook van invloed zouden zijn op de intentie om deel te nemen aan de cursus. Deze invloed is echter niet aangetoond. Kortom de intentie om deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement wordt grotendeels bepaald door de attitude, de sociale invloed van de partner en de sociale invloed van de vrienden.

Zelfeffectiviteit bleek uit veel onderzoeken een belangrijke voorspeller van preventief gezondheidsgedrag en gezondheidsmanagement. In dit onderzoek is er echter geen significante invloed gevonden van zelfeffectiviteit op de intentie tot het volgen van een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat het construct zelfeffectiviteit niet correct is gemeten in dit onderzoek. Cronbach's Alpha was in eerste instantie erg laag voor het construct. Dit is flink verhoogd door enkele stellingen te verwijderen. De stelling met betrekking tot de kosten van een dergelijke cursus is hierbij ook verwijderd. Deze stelling was negatief geformuleerd, wat wellicht tot verwarring bij het antwoorden kan hebben geleid, waardoor de stelling niet heeft gemeten wat hij behoorde te meten. Wellicht zijn de kosten wel een belangrijk onderdeel van de zelfeffectiviteit en is de zelfeffectiviteit hierdoor niet goed gemeten. Een andere mogelijkheid is dat andere factoren een rol spelen bij de zelfeffectiviteit, maar dat deze factoren niet naar voren zijn gekomen bij het kwalitatieve vooronderzoek. Ook de respons kan invloed hebben gehad op de zelfeffectiviteit. Wellicht hebben alleen mensen met een vrij hoge zelfeffectiviteit de vragenlijst retour gezonden en hebben mensen met een lagere zelfeffectiviteit meer moeite gehad met het invullen van de vragenlijst. De respons in dit onderzoek was vrij laag, mogelijk vonden sommige mensen de vragenlijst toch te zwaar en hebben zij niet de moeite genomen hem in te vullen en retour te zenden, ondanks dat dit probleem niet in de pretest naar voren is gekomen. Indien bovenstaande het geval is geweest, kan dit invloed hebben gehad op de gemeten zelfeffectiviteit en de invloed van deze variabele op de intentie tot deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement.

Ook de verwachte invloed van de huidige gezondheid, de levensstijl en de gepercipieerde gezondheidsrisico's is niet aangetoond. Blijkbaar hebben deze factoren niet of nauwelijks invloed op de intentie om aan een gezondheidsmanagement cursus deel te nemen. Deze constructen waren toegevoegd aan het model van de Theory of Planned Behavior, wat als uitgangspunt heeft gediend voor het model van dit onderzoek. Geconcludeerd kan worden dat de toevoeging van deze constructen niet heeft geleid tot significante meerwaarde voor het model. De gepercipieerde gezondheidsrisico's hebben echter wel een significante invloed op de attitude.

Figuur 4 toont het uit het onderzoek naar voren gekomen model. De waarde van β is weergegeven naast pijlen.



Figuur 4: model van persoonlijk gezondheidsmanagement

De attitude, de sociale invloed van de partner en in mindere mate de sociale invloed van de vrienden bepalen dus grotendeels de intentie tot deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement.

Het construct attitude bestond uit 16 items. Hiervan hadden 4 items betrekking op de aansprekendheid van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement en 12 items met betrekking tot de verwachte voor- en nadelen van de cursus. De meeste respondenten waren erg positief, de gemiddelde score op vrijwel alle items was hoog. De items met betrekking tot de aansprekendheid van de cursus met de hoogste gemiddelde scores worden gezien als de belangrijkste onderdelen, dit zijn op volgorde van belangrijkheid: de aanwezigheid van deskundigen, de compleetheid van het aanbod en de onderwerpen van de cursus. De belangrijkste voordelen van de cursus zijn het krijgen van inzicht in goede voeding, het krijgen van algemene informatie met betrekking tot gezondheid, het krijgen van inzicht in risicofactoren en het op een positieve manier bezig zijn met gezondheid. Het belangrijkste nadeel was volgens de respondenten de bekendheid van de informatie uit de cursus. Aanbevolen wordt dan ook om de belangrijkste onderdelen van de cursus te benadrukken en de aanwezigheid van deskundigen en de algemeenheid van de cursus duidelijk naar voren te laten komen in de communicatie uitingen. Ook het verkrijgen van inzicht in risicofactoren en gezonde voeding dient benadrukt te worden. Tevens wordt aanbevolen nadruk te leggen op het gegeven dat de cursus interessante informatie bevat, aangepast aan de doelgroep, om zo de (negatieve) gedachte te beïnvloeden, dat de cursus alleen bekende informatie bevat. De attitude kan positief beïnvloed worden, door in de communicatie uitingen ter promotie van een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement, het belang van het managen van de persoonlijke gezondheid goed duidelijk te maken en het belang van concrete en toegespitste ondersteuning daarbij te accentueren. Op deze manier wordt de consument zich ook meer bewust van de waarde van de cursus. Dit is belangrijk, aangezien veel respondenten hebben aangegeven slechts weinig geld te willen betalen voor deelname aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement.

De gemiddelde scores op sociale invloed van de partner en de sociale invloed van de vrienden waren vrij neutraal, maar lichtelijk aan de negatieve kant. Om de sociale invloed positief te veranderen, wordt aanbevolen in te spelen op de gedachte van het individu, dat de partner en de vrienden het managen van de persoonlijke gezondheid van groot belang achten.

– Determinanten van persoonlijk gezondheidsmanagement door senioren –

Zo kan benadrukt worden dat veel mensen het verstandig zouden vinden indien men aan een cursus persoonlijk gezondheidsmanagement zou deelnemen en ook kan, in de communicatie uitingen, getracht worden partners en vrienden aan te sporen om het individu meer te motiveren. De partner en de vrienden zitten meestal in dezelfde leeftijdscategorie, deze mensen worden dus ook aangesproken in de communicatie uitingen. Om diezelfde reden wordt aanbevolen mensen te stimuleren en te motiveren om samen met hun partner en vrienden deel te nemen aan de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement specifiek en persoonlijk gezondheidsmanagement programma's in het algemeen. Dit kan bewerkstelligd worden door het interactieve en informele aspect van de cursus te benadrukken.

6.6 Aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek

Voor eventueel vervolgonderzoek wordt aanbevolen meerdere regio's te betrekken in het onderzoek om zo resultaten te kunnen genereren die conclusies kunnen opleveren voor de gehele Nederlandse populatie. Daarnaast wordt aanbevolen om nader onderzoek te doen naar de kwalitatieve aspecten van het construct attitude, teneinde vast te stellen welke psychische factoren deze attitude beïnvloeden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat attitude de belangrijkste invloedsvariabele is voor de intentie, maar de kwantitatieve resultaten van de vragenlijst geven weinig inzicht in de achterliggende factoren van dit construct. Door middel van kwalitatieve interviews of panelonderzoeken kan dit construct verder worden belicht.

Een andere aanbeveling voor eventueel vervolgonderzoek is om te kijken in hoeverre het mogelijk is deze cursus via de overheid of zorgverzekeraars aan te bieden. Door hen hierin te betrekken kan wellicht de kostprijs van de cursus omlaag, hetgeen effect zal hebben op de intentie om deel te nemen aan de cursus. Ook wordt aanbevolen na implementatie van de cursus, deze te evalueren om vast te stellen in hoeverre de cursus bijdraagt aan een verminderde zorgafname (huisartsbezoek, fysiotherapeut, medicijnen etc.).

7 Literatuurlijst

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour, *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, p. 179-211.

Ajzen, I. (2002). Constructing a TpB questionnaire.

Opgehaald op 27-05-2006 via

<http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>

Armitage, C.J., Sheeran, P., Conner, M. & Arden, M.A. (2004). Stages of Change or Changes of Stage? : Predicting Transitions in Transtheoretical Model Stages in Relation to Healthy Food Choice, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3).

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise and Control*. Freeman: New York.

Bergers, A. (2005). *Communicatiewijzer ouderen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Bouwman, M.Y. (1998). *Op zoek naar het merkimago. Mogelijkheden en beperkingen van verschillende onderzoekstechnieken*. Amsterdam: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Commerciële Communicatie.

Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action, *Social Science & Medicine*, 52 (7), p. 1057-1069.

Candel, M.J.J.M.& Pennings, J.M.E. (1999). Attitude-based models for binary choices: A test for choices involving an innovation, *Journal of economic psychology*, 20(5), p. 547-569.

Clark, N.M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24, p. 289-313.

Clark, K.E. & Aish, A. (2002). An exploration of health beliefs and attitudes of smokers with vascular disease who participate in or decline a smoking cessation program, *Journal of Vascular Nursing*.

Clark, N.M., & Dodge, J.A. (1999). Exploring Self-Efficacy as a Predictor of Disease Management. *Health Education Behavior*, 26(1).

Clark, N., Becker, M., Janz, N., Lorig, K., Rakowski, W. and Anderson, L. (1991) Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(3).

Coene, I. (2004). Het internet, informatiesnelweg naar een goede gezondheid? *Nutrinews*, 2.

Contento, I, Balch, G.I., Bronner, Y.L., Lytle, L.A., Maloney, S.K., Olson, C.M. & Swadener, S.S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research, *Journal of Nutrition Education*, 27(6), p. 277-418.

Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation, *Social Science & Medicine*, 29(2), p. 137-152.

De Bourdeaudhuij, I. & Rzewnicki, R. (2001). Determinanten van fysieke activiteit, *Vlaams Tijdschrift voor sportgeneeskunde en sportwetenschappen*, p. 75-89. opgehaald op 03-08-2006 via:

<http://faber.kuleuven.be/doctorandi/doctoraten/rzewnicki/I1.%20paper%204%20Determinanten%20van%20Fysieke%20Activiteit%20DUTCH%20LANGUAGE%20.pdf>.

Dodge, J.A., Clark, N.M., Janz, N.K., Lhang, J. & Schork, M.A. (1993). Nonparticipation of Older Adults in a Heart Disease Self-Management Project: Factors Influencing involvement, *Research on Aging*, 15(2), p. 220-237.

Dodge, J. A., Janz, N. K. & Clark, N. M. (2002). The Evolution of an Innovative Heart Disease Management Program for Older Women: Integrating Quantitative and Qualitative Methods in Practice, *Health Promotion Practice*, 3(1), p. 30 - 42.

De Klerk, M.M.Y. (2001). Rapportage Ouderen 2001: Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Opgehaald op 15-08-2006 via:
http://www/scp.nl/publicaties/boeken/9037700594/Rapportage_ouderen_2001-Hoofdstuk1tm9.pdf.

De Klerk, M.M.Y. & Waarts, A. (2001) in De Klerk, M.M.Y. (2001). Rapportage Ouderen 2001: Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Opgehaald op 15-08-2006 via:
http://www/scp.nl/publicaties/boeken/9037700594/Rapportage_ouderen_2001-Hoofdstuk1tm9.pdf.

Eilander, A., Gootzen, J., Prins, W., Roelofs, J., van Ameijden E. & Linden, H. (2003). *Volksgezondheidsmonitor Utrecht: Themarapport ouderen en/of chronisch zieken*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst. Opgehaald op 16-08-2006 via:
http://www2.utrecht.nl/images/Gggd/bb/epidemiologie/pdf/VMU_rapport_ouderen.pdf

Fincham, S. (1992). Community health promotion programs, *Social Science and Medicine*, 35(3), p. 239-249.

Fries, J.F., Koop, C.E., Beadle, C.E., Cooper, P.P., England, M.J., Greaves, R.F., Sokolov, J.J. & Wright, D. (1993). Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services, *New England Journal of Medicine*, 329(5), p. 321-325.

Galloway, R.D. (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements, *Clinical Medical Research*, 1(3), p. 249 - 258.

Ganry, O., Baudoin, C., Fardellone, P., Dubreuil, A. & EPIDOS Group (2001). Alcohol consumption by non-institutionalised elderly women: the EPIDOS Study. *Public Health* 115, p. 186–191.

Hayes, D. & Ross, C.E. (1987). Concern with Appearance, Health Beliefs, and Eating Habits, *Journal of Health and Social Behavior*, 28(2), p. 120-130.

Health Canada (1997) Supporting self-care: The contribution of nurses and physicians: An exploratory study. Opgehaald op 15-10-2006 via http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-self-auto-contribut/literature_e.html.

Heiser, V.G. (1939). The influence of nutrition on the diseases of middle and old age. *The Scientific Monthly*, 49(4), p. 304-310.

Hielkema, R. & Kuyer, A. (1995). Senioren: wensen en eisen van een miskende doelgroep. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Johansson, L., Thelle, D.S., Solvoll, K., Bjørneboe, G.E.A. & Drevon, C.A. (1999). Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors, *British Journal of Nutrition*, 81, p. 211–220.

Jordan, P.A., Nigg, C.R., Norman, G.J., Rossi, J.S. & Benisovich, S.V. (2000). Does the transtheoretical model need an attitude adjustment? Integrating attitude with decisional balance as predictors of stage of change for exercise, *Psychology of Sport and Exercise*, 3, p. 65–83.

Kim, J. H. (2005). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey, *International Journal of Leisure studies*.

Kreuter, M.W., Oswald, D.L., Bull, F.C. & Clark, E.M. (2000). Are tailored health education materials always more effective than non-tailored materials? *Health Education Research*, 15(3), p. 305-315.

Kuchler, M. (2005). Seniorenmarketing: 50+ Cool Hunt, *Tijdschrift voor Marketing*.

Levin-Zamir, D. & Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), p. 87-94.

Lorig, K.R. & Holman, H.R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1).

McCarthy, M., de Boer, M., O'Reilly, S. and Cotter, L. (2003). Factors influencing intention to purchase beef in the Irish market. *Meat Science*, 65 (3), p. 1071-1083.

McDonald-Miszczak, L., Wister, A.V. & Gutman, G.M. (2001). Self-Care Among Older Adults: An Analysis of the Objective and Subjective Illness Contexts, *Journal of Aging and Health*, 13(1), p. 120-145.

McDonald-Miszczak, L. & Wister, A.V. (2005). Predicting Self-Care Behaviors Among Older Adults Coping With Arthritis, *Journal of Aging and Health*, 17(6), p. 836-857.

O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health, *Behavior Research Therapy*, 23(4), p. 437-451.

Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H.O. & Schnohr, P. (1999). Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study, *Preventive Medicine*, 29, p. 57-62.

Potts, M. K., Hurwicz, M.L. & Goldstein, M.S. (1992). Social Support, Health-Promotive Beliefs, and Preventive Health Behaviors Among the Elderly, *Journal of Applied Gerontology*, 11(4), p. 425 - 440.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, p. 390–395.

Prochaska, J.O. & Marcus, B.H. (1993). The transtheoretical model: applications to exercise, *Advances in Exercise Adherence*, p. 161–180.

Prochaska, J.M., Paiva, A.L., Padula, J.A., Prochaska, J.O., Montgomery, J.E, Hageman, L. & Montgomery, A.M. (2005). Assessing emotional readiness for adoption using the transtheoretical model, *Children and Youth Services Review*, 27, p. 135-152.

Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. p. 99-120.

RIVM (2002). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Opgehaald op 15-10-2006 via: <http://rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270551001.pdf>

Ruggiero, L., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Glasgow, R.E., Groot, M. de, Dryfoos, J.M., Reed, G.R., Orleans, C.T., Prokhorov, A.V. & Kelly, K. (1999). Smoking and diabetes: Readiness for change and provider advice, *Addictive Behaviors*, 24(4), p. 573-578.

Schoemaker-Salkinoja, I. & Timmermans, J. (2001). In De Klerk, M.M.Y. (2001). Rapportage Ouderen 2001: Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Opgehaald op 15-08-2006 via: http://www/scp.nl/publicaties/boeken/9037700594/Rapportage_ouderen_2001-Hoofdstuk1tm9.pdf.

Sikkel, D. & Keehnen, E. (2004). AgeWise. Opgehaald op 15-04-2006 via: www.agewise.nl.

Steptoe, A., Perkins-Porras, L., McKay, C., Rink, E., Hilton, S. & Cappuccio, F.P. (2003). Psychological Factors Associated With Fruit and Vegetable Intake and With Biomarkers in Adults From a Low-Income Neighborhood, *Health Psychology*, 22(2).

Stevens, V. (2004). *Effectieve methoden voor meer fysieke activiteit bij 55-plussers*. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie. Opgehaald op 10-08-2006 via:
http://www.vig.be/content/pdf/ME_sen_activiteit.pdf#search=%22determinanten%20fysieke%20activiteit%20senioren%22

Stiggelbout, M., Hopman-Rock, M., Crone, M., Lechner, L.& van Mechelen, W. (2006). Predicting older adults' maintenance in exercise participation using an integrated social psychological model, *Health Education Research*, 21 (1).

Sprenger, J. (2005) in Bergers, A. (2005). *Communicatiewijzer ouderen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Theobald, H.E. (2004). A whole diet approach to healthy eating, *Nutrition Bulletin*, 29(1).

Velicer, W.F., Hughes S.L., Fava, J.L., Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1995). An empirical typology of subjects within stage of change, *Addictive Behavior*, 20(3), p. 299-320.

Velicer, W.F., Norman, G.J., Fava, J.L. & Prochaska, J.O. (1999). Testing 40 predictions from the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 24(4), p. 445-469.

Velicer, W.F., Rossi, J.S., Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1996). A Criterion Measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21(5), p. 555-584.

Bijlagen

- I Resultaten interviews
- II Inleidende brief vragenlijst
- III Vragenlijst
- IV Document met omschrijving cursus

Bijlage I Resultaten interviews

| Voordelen cursus | Nadelen cursus | Ontbrekende aspecten | Sociale omgeving | Barrières | Interesse deelname |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|---------------------------|
| Verkrijgen algemene informatie | Informatie veelal al bekend | Actief bewegen | Verstandig | Afstand | Slechts enkele modules |
| Inzicht krijgen in terminologie | Taaie stof | Keuring gezondheid | Geldverspilling | Kosten | Kortere variant |
| Inzicht krijgen in risicofactoren | Kosten | | Aanbevelen | Tijd | Tijdstip cursus |
| Inzicht krijgen in beweg patroon | Tijd | | | Bereikbaarheid | |
| Inzicht krijgen in goede voeding | Onderwerpen spreken niet aan | | | Lengte cursus. | |
| Inzicht krijgen in spanningsfactoren | Veel modules | | | | |
| Leren (her)kennen van spanningen | | | | | |
| Leren omgaan met spanningen | | | | | |
| Betrokken raken bij gezondheid | | | | | |
| Beter leren omgaan met lichaam | | | | | |
| Op een positieve manier bezig zijn met gezondheid | | | | | |
| Aanwezigheid deskundigen | | | | | |
| Compleetheid aanbod | | | | | |
| Educatieve karakter | | | | | |

| Sporten | Eetpatroon | Gezondheidsproblemen | Gezondheidsrisico's |
|------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Wandelen | Voldoende groente | Hartklachten | Verslechtering huidige problemen |
| Fietsen | Veel fruit | Overgewicht | Geen zorgen |
| Oefeningen thuis | Gevarieerd | Diabetes | Weinig risico |
| Sportschool | Bewust | Cara | Kanker |
| Gym | Let op wat ik eet | Versleten gewrichten | Diabetes |
| Yoga | Regelmatig vis | Migraine | Dementie |
| Volleybal | Weinig tussendoor | Hoge bloeddruk | Hart- en vaatziekten |
| Voetbal | | Hoog cholesterol | |
| Tennis | | Hernia | |
| | | Pijnlijke spieren | |
| | | Pijnlijke gewrichten | |

Bijlage II Inleidende brief vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

Senior Health & Care is een organisatie die opleidingen en trainingen verzorgt die gericht zijn op de gezondheid en het welzijn van 'ouderen'. De Universiteit Twente onderzoekt in samenwerking met Senior Health & Care of er onder mensen van 50 jaar en ouder behoefte bestaat aan een cursus 'Persoonlijk Gezondheidsmanagement'. Met behulp van dit onderzoek willen wij graag inzicht krijgen in de behoefte van 50-plussers op het gebied van gezondheid en gezondheidsvoorlichting.

Uit een eerste selectie is gebleken dat u past in de omschreven groep van 50 jaar en ouder. Wij willen u daarom vragen of u deel wilt nemen aan dit onderzoek.

Hoe kunt u deelnemen?

U kunt deelnemen door de vragenlijst in te vullen en deze voor 18 augustus 2006 naar ons terug te sturen met behulp van de bijgevoegde antwoordenvolp. De vragenlijst kan ook digitaal worden ingevuld op onze website: www.ikblijfgezond.nl. De vragenlijsten zullen anoniem verwerkt worden. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten. Onder de mensen die de vragenlijst invullen en retourneren zullen vijf boekenbonnen van € 20,- worden verloot (het maakt hierbij niet uit of u gebruikt maakt van de papieren versie, of de digitale versie).

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Senior Health & Care via het contactformulier op onze website. U kunt natuurlijk ook bellen met (0297) 581 253.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,



Kim Berkel
Universiteit Twente

Vragenlijst Senior Health & Care

Geslacht man vrouw

Leeftijd ____ jaar

Postcode

Huisnummer ____ (dit in verband met het eventuele opsturen van een boekenbon)

Woonplaats _____

Woonsituatie alleenstaand
 samenwonend/gehuwd
 woongroep
 anders, namelijk _____

Nationaliteit Nederlandse
 Antilliaanse
 Turkse
 Marokkaanse
 Indonesische
 Surinaamse
 anders, namelijk _____

Geboorteland Nederland
 Nederlandse Antillen
 Turkije
 Marokko
 Indonesië
 Suriname
 anders, namelijk _____

Opleidingsniveau Basis onderwijs
 Voortgezet onderwijs
 MBO
 HBO
 WO

Instructie bij het invullen van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen en is grotendeels opgebouwd uit stellingen waarbij er op een schaal van 1 tot 5 kan worden aangegeven in hoeverre u het eens bent met deze stellingen.

| | | | | | |
|---|-----------------|---|-----------------|---|---|
| Voorbeeld: | zeer mee | | zeer mee | | |
| | oneens | | eens | | |
| Gezondheid is voor mij een belangrijk onderwerp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

In dit voorbeeld bent u het niet oneens, maar ook niet eens met de stelling, immers het cijfer 3 is omcirkeld.

Onderdeel 1: Cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement.

De volgende vragen hebben betrekking op de inhoud en de onderwerpen van de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. Voordat u deze vragen kunt beantwoorden, verzoek ik u vriendelijk de omschrijving van de cursus op het bijgevoegde document zorgvuldig door te lezen.

Geef voor onderstaande stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee | | zeer mee | | |
|---|-----------------|---|-----------------|---|---|
| | oneens | | eens | | |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik algemene informatie m.b.t. gezondheid te krijgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in de betekenis van termen uit de gezondheidszorg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik meer te leren over risicofactoren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in bewegingsoefeningen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | zeer mee oneens | | | zeer mee eens | |
|---|----------------------------|---|---|--------------------------|---|
| Door het volgen van de cursus verwacht ik inzicht te krijgen in goede voeding. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik verwacht dat de inhoud van de cursus taaie stof is. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik verwacht met behulp van de cursus spanningen te leren (her)kennen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik verwacht met behulp van de cursus te leren omgaan met spanningen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik verwacht door het volgen van de cursus meer betrokken te raken bij mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Door het volgen van de cursus ben ik op een positieve manier bezig met mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Door het volgen van de cursus verwacht ik het inzicht in mijn gezondheid te verbeteren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik verwacht dat ik de meeste informatie uit de cursus al ken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De aanwezigheid van deskundigen spreekt mij aan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De compleetheid van het aanbod spreekt mij aan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Het educatieve karakter van de cursus spreekt mij aan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De onderwerpen van de cursus spreken mij aan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

De volgende stellingen hebben betrekking op de mening van mensen uit uw persoonlijke omgeving met betrekking tot de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement. Geef voor deze stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | | | | zeer mee eens |
|---|----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| Mijn vrienden zouden mij aanraden deze cursus te volgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn familie zou mij aanraden deze cursus te volgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn partner zou mij aanraden deze cursus te volgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn vrienden zouden het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn familie zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn partner zou het volgen van een dergelijke cursus geldverspilling vinden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn familie zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn vrienden zouden het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Mijn partner zou het verstandig vinden als ik aan deze cursus zou deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Ik trek mij veel aan van de mening van mijn familie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Ik trek mij veel aan van de mening van mijn vrienden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Ik trek mij veel aan van de mening van mijn partner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

De volgende stellingen hebben betrekking op uw mogelijkheden en beperkingen met betrekking tot het volgen van een cursus. Geef voor deze stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | zeer mee eens | | |
|--|--------------------|---|------------------|---|---|
| De kosten van een dergelijke cursus zijn voor mij geen obstakel om deel te nemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik kan tijd vrij maken voor een cursus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Een cursusdag van 2,5 uur is voor mij goed vol te houden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De bereikbaarheid speelt bij mij een belangrijke rol bij het deelnemen aan een cursus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik vind 7 modules een goede lengte voor een cursus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

De volgende stellingen hebben betrekking op uw interesse in het volgen van een cursus. Geef voor deze stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | zeer mee eens | | |
|--|--------------------|---|------------------|---|---|
| Als de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement bij mij in de regio wordt gegeven, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als de locatie van de cursus goed met het openbaar vervoer te bereiken is, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als de cursus 's avonds wordt gegeven, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als de cursus overdag wordt gegeven, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als er een kortere variant van de cursus gegeven wordt, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | zeer mee oneens | | | | zeer mee eens |
|--|--------------------|---|---|---|------------------|
| Ik zou slechts enkele modules van de cursus willen volgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als de cursus in het najaar of de winter wordt gegeven, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Als de cursus in het voorjaar of de zomer wordt gegeven, zou ik deelnemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik ben geïnteresseerd in het deelnemen aan een cursus met betrekking tot gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik ben van plan in de toekomst aan een dergelijke cursus deel te nemen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Indien u belangstelling heeft voor de cursus Persoonlijk Gezondheidsmanagement en hierover graag vrijblijvend meer informatie zou willen ontvangen kunt u hieronder uw naam en adres invullen.

Dhr./Mevr.*

Naam: _____

Adres: _____ Huisnummer: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

* *Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Onderdeel 2: Vrijtijdsbesteding.

De volgende vragen gaan over uw leesgewoonten, sport en hobby's. Deze vragen zijn opgenomen in de vragenlijst om inzicht te krijgen in uw vrijtijdsbesteding en in hoe u in uw informatiebehoefte voorziet.

Welke tijdschriften leest u? (*aankruisen welke van toepassing zijn*)

- Opiniebladen (zoals Elsevier, HP de Tijd, OPZIJ)
- Familiebladen (zoals Panorama, Mijn geheim, Libelle)
- Roddelbladen (zoals Privé, Weekend, Story)
- Lifestyle bladen (zoals Elle, Avantgarde, Esquire)
- Gezondheidsbladen (zoals Health, Gezondheidsnieuws, Top Santé)
- Woonbladen (zoals Seasons, Ambiance, VT Wonen)
- Natuur en tuinbladen (zoals Groei & Bloei, National Geographic Magazine, Buitenleven)
- Seniorenbladen (zoals Plus Magazine, Midi, Ook)
- Wetenschappelijke bladen (zoals Quest, KIJK, Explore)
- Vakbladen (zoals Management Executive, Automatie, Geld en Beleggen)

Welke omroepbladen leest u? (aankruisen welke van toepassing zijn)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Veronica Magazine | <input type="checkbox"/> Avrobode |
| <input type="checkbox"/> VPRO Gids | <input type="checkbox"/> Mikro Gids |
| <input type="checkbox"/> TrosKompas | <input type="checkbox"/> TV Satellite |
| <input type="checkbox"/> NCRV Gids | <input type="checkbox"/> Vara TV Magazine |
| <input type="checkbox"/> TV Krant | <input type="checkbox"/> TeleVizier |
| <input type="checkbox"/> KRO Magazine | <input type="checkbox"/> anders, namelijk _____ |

Hoe vaak leest u huis-aan-huis bladen?

- nooit zelden regelmatig meestal altijd

Hoe ontvangt u het liefst informatie met betrekking tot gezondheid en welzijn?

(aankruisen welke van toepassing zijn)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> via een folder/brochure | <input type="checkbox"/> via een cursus/informatiebijeenkomst |
| <input type="checkbox"/> via boeken en/of tijdschriften | <input type="checkbox"/> via zorgverleners |
| <input type="checkbox"/> via een website | <input type="checkbox"/> anders, namelijk _____ |

Sport u regelmatig? ja nee

Zo ja, hoeveel uur per week?

- minder dan 1 uur per week
 1-2 uur per week
 2-5 uur per week
 meer dan 5 uur per week

Bent u lid van een sportvereniging? ja nee

Zo ja, welke? (aankruisen welke van toepassing zijn)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sportschool | <input type="checkbox"/> voetbalvereniging |
| <input type="checkbox"/> gymvereniging | <input type="checkbox"/> tennisvereniging |
| <input type="checkbox"/> volleybalvereniging | <input type="checkbox"/> yogavereniging |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk _____ | |

Doet u wel eens oefeningen thuis? ja nee

Zo ja, hoe vaak?

- af en toe
- wekelijks
- meerdere keren per week
- dagelijks

Fietst u regelmatig? ja nee

Zo ja, hoeveel uur per week?

- minder dan 1 uur per week
- 1-2 uur per week
- 2-5 uur per week
- meer dan 5 uur per week

Wandelt u regelmatig? ja nee

Zo ja, hoeveel uur per week?

- minder dan 1 uur per week
- 1-2 uur per week
- 2-5 uur per week
- meer dan 5 uur per week

Onderdeel 3: Algemene gezondheidsbeleving.

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u de kwaliteit van uw leven nu en in de toekomst beoordeeld.

Geef voor onderstaande gezondheidproblemen aan in hoeverre deze voor u van toepassing zijn, door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | zeer mee eens | | |
|---------------------------|--------------------|---|------------------|---|---|
| Ik heb overgewicht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb hartklachten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb een vorm van Cara. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | zeer mee oneens | | | zeer mee eens | |
|---|----------------------------|---|---|--------------------------|---|
| Ik heb last van migraine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb een hoge bloeddruk. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb een te hoog cholesterol. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb een hernia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb last van versleten gewrichten (Arthrose). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb last van botontkalking (Osteoporose). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb last van aderverkalking (Atherosclerose). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb last van pijnlijke spieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb last van pijnlijke gewrichten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb op dit moment problemen met mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb in een recent verleden (minder dan 10 jaar geleden) problemen gehad met mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik heb in een ver verleden (meer dan 10 jaar geleden) problemen gehad met mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Onderstaande stellingen hebben betrekking op uw verwachte gezondheidsrisico's. Geef voor deze stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | | zeer mee eens | |
|---|----------------------------|---|---|--------------------------|---|
| Ik ben bang dat mijn gezondheid in de nabije toekomst verslechtert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik pieker regelmatig over mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik denk dat ik veel risico loop met betrekking tot mijn gezondheid. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | zeer mee oneens | | | | | zeer mee eens | | | | |
|--|----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|
| De kans dat ik last krijg van hart- en vaatziekten is groot. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De kans dat ik kanker krijg acht ik groot. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De kans dat ik diabetes krijg is groot. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| De kans dat ik ga dementeren acht ik groot. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Onderstaande stellingen hebben betrekking op uw eetpatroon. Geef voor deze stelling aan in hoeverre u het hiermee eens bent door het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

| | zeer mee oneens | | | | | zeer mee eens | | | | |
|--|----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|
| Ik eet bewust. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik eet minstens 2 stuks fruit per dag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik eet minstens 2 ons groente per dag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik eet gevarieerd. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik let op wat ik eet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ik eet minstens 1 keer per week vis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Rookt u? ja nee niet meer

Zo ja, hoeveel?

- minder dan drie sigaretten per dag
- drie tot tien sigaretten per dag
- tien tot twintig sigaretten per dag
- meer dan twintig sigaretten per dag
- alleen op feestjes

Drinkt u regelmatig alcohol? ja nee niet meer

Zo ja, hoe vaak?

- alleen in de weekenden een glas per dag
- alleen op feestjes meerdere glazen per dag
- enkele glazen per week

Onderdeel 4: Kosten

Ten slotte nog enkele vragen met betrekking tot de kosten van de cursus.

Hoeveel zou u bereid zijn te betalen voor een dergelijke cursus?

- minder dan 50 euro
- 50 – 100 euro
- 100 – 200 euro
- 200 – 300 euro
- 300 – 500 euro
- meer dan 500 euro

| | zeer mee oneens | | zeer mee eens | | |
|---|--------------------|---|------------------|---|---|
| Mijn zorgverzekeraar zou een deel van het cursusgeld moeten betalen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

De laatste vraag betreft uw inkomen. In Nederland wordt het modale inkomen geschat op 29.000 euro bruto op jaarbasis.

Wat is uw inkomen?

- beneden modaal
- modaal
- boven modaal
- meer dan twee keer modaal

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cursus

Persoonlijk Gezondheidsmanagement

In deze cursus werkt u in kleine groepen (maximaal 12 personen) aan individuele doelstellingen en zult u objectieve en praktische informatie verkrijgen met betrekking tot gezondheid en welzijn. De cursus bestaat uit zeven wekelijkse modules van 2,5 uur. Dankzij de hulpmiddelen die u in deze cursus aangereikt krijgt, zult u in staat zijn informatie in de media met betrekking tot gezondheid en welzijn op relevantie en waarde te schatten. Dit alles zal leiden tot bewustheid en zelfvertrouwen in een gezondere toekomst.

Module 1

U maakt kennis met de groep, met de vaktermen en de begrippen uit de gezondheidszorg. U bepaalt wat voor u gezondheid en welzijn betekenen. Aan het einde van de bijeenkomst kunt u uw persoonlijke doelstellingen formuleren.

Module 2

Een arts zal u uitleg geven over de verschillende risicofactoren met betrekking tot gezondheid en de samenhang van deze factoren.

Module 3

Een voedingsdeskundige zal u uitleg geven over de rol van voeding en het belang van een gevarieerd voedingspatroon.

Module 4

Hier krijgt u inzicht in de toegevoegde waarde van gezonde extra's, zoals vitaminepreparaten. Ook komen in deze module alternatieve geneeswijzen aan bod en krijgt u de mogelijkheid verschillende dieetaanvullingen en zelfzorgproducten uit te proberen.

Module 5

Een psycholoog zal u in deze module informatie geven over spanning en de gevolgen van spanning. U leert in deze module uw eigen spanningsfactoren (her)kennen en wat voor u een goede manier is om hiermee om te gaan.

Module 6

Een fysiotherapeut licht het belang van bewegen toe. U leert met welke oefeningen en bewegingstechnieken uw lichaam in optimale conditie blijft.

Module 7

Samen met u en de groep zal alles uit de voorgaande lessen nog eens samengevat worden. Op verzoek zullen er eventueel nog andere onderwerpen worden behandeld in deze laatste bijeenkomst. U krijgt de mogelijkheid uw ervaringen te delen met andere deelnemers en uw persoonlijke doelstellingen te evalueren.