

UNIVERSITEIT TWENTE

Doelmanagement voor aanpassing aan het leven met polyartritis

Een kwalitatief onderzoek naar afzonderlijke
groepsbijeenkomsten van de cursus
'Doelbewust!'

Jana Petermann

s1094637

Bachelorthesis

Enschede, januari 2014

Faculteit Gedragwetenschappen

Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie

1e Begeleider Dr. C. Bode

2e Begeleider Dr. E. Taal

Samenvatting

Patiënten met de diagnose polyartritis kunnen veel van de voor zichzelf opgestelde doelen op grond van lichamelijke beperkingen niet bereiken. Daarom is de cursus "Doelbewust!" ontwikkeld. Tijdens deze cursus leren de patiënten vier verschillende doelmanagementstrategieën (doelen vasthouden, doelen aanpassen, doelen loslaten en nieuwe doelen vinden) om met bedreigde doelen om te kunnen gaan en flexibiliteit in hun gedrag tot stand te brengen. Het doel van dit kwalitatieve onderzoek was inzicht krijgen in hoe de groepssessies bij de interventie "Doelbewust!" verlopen. Er is onderzocht of het cursusprotocol door de trainers adequaat werd gevolgd en of de trainers de inhoud ervan op de juiste manier aan de deelnemers konden uitleggen. Ook is er gekeken hoe de algemene sfeer tijdens de sessies was. Verder werd er aandacht besteed aan de gespreksvaardigheden die de trainers tijdens de bijeenkomsten gebruikten.

De participanten van dit onderzoek waren de verpleegkundigen die de cursus gaven en de patiënten. De afzonderlijke groepsbijeenkomsten van de interventie "Doelbewust!" zijn met een audioopname-apparaat opgenomen. Er zijn in totaal 16 bijeenkomsten beluisterd. De gesprekken die tijdens een groepsbijeenkomst plaatsvonden tussen de deelnemers en de verpleegkundige en tussen de deelnemers onderling zijn geanalyseerd. Bij de analyse is gebruikgemaakt van een coderingsschema. Het coderingsschema bood een overzicht van de op de onderzoeksvragen gebaseerde onderwerpen.

Uit de resultaten kwam naar voren dat alle vier de trainers zich over het algemeen aan de handleiding hebben gehouden en de inhoud ervan juist aan de deelnemers hebben overgebracht. De sfeer tijdens de sessies was veelal veilig, ontspannen en aangenaam - zoals wenselijk. Verder gebruikten de trainers veel verschillende gespreksvaardigheden en pasten deze meestal goed toe. Er deden zich echter soms problemen voor bij het stellen van open vragen wat het verloop van de cursus verstoorde.

Door het beluisteren van de audioopnames van de bijeenkomsten is inzicht verkregen in hoe de groepssessies bij de interventie "Doelbewust!" verlopen. Er is gebleken dat de sessies over het algemeen heel positief verlopen. Het is heel zinvol en nuttig om zo'n analyse tijdens de conceptfase uit te voeren om op deze manier de nadelige factoren op tijd te kunnen verbeteren. Er wordt aanbevolen om de aanpak van de cursus met betrekking tot het aantal sessies nog een keer te overdenken. Daarnaast kan de training van de verpleegkundigen ten aanzien van de gespreksvaardigheden geïntensiveerd worden.

Summary

Patients with the diagnosis polyarthritis aren't able to reach many of the goals set for themselves based on physical limitations. Therefore, the course "Right on Target!" has been developed. In this course, the patients get to know four different goalmanagementstrategies (maintenance of goals, adjust goals, disengage goals and finding new goals) in order to be able to handle with threatened goals and to establish flexibility in their behavior. The purpose of this qualitative study was to gain insight into how the group sessions in the intervention "Right on Target!" proceed. Attention was paid to the protocol. The researchquestion was whether it is properly followed by the trainers and whether they could explain its content properly to the participants. The atmosphere during the sessions is also investigated. Furthermore attention was paid to the communicationskills of the trainers.

The participants of this study were the patients and nurses who provided the course. For this study, the group meetings of the intervention "Right on Target" were recorded with an audio recording device. The researcher listened to 16 group meetings. It was an analysis of the communication that took place during a group meeting between the participants and the nurse and between the participants among each other. During the analysis, a coding scheme was used. The coding scheme provided an overview of the topics based on the study questions. Attention was paid to these topics during the observation.

The results showed that all four coaches generally followed properly the protocol and properly transferred the contents of it to the participants. The atmosphere during the sessions was usually secure, relaxed and enjoyable - as intended. Moreover the trainers made use of many different communicationskills which they usually used well. Sometimes there were problems with asking open questions because these hampered the process of the course.

By listening to the audio recordings of the meetings understanding of how the group sessions in the intervention "Right on Target!" proceed, was obtained. It was found that the sessions generally proceeded quite positively. It is very useful and necessary to perform such an analysis during the concept phase in order to be able to correct the unfavorable factors in time. It is recommended to reconsider the procedure of the course with regard to the number of sessions. The training of the nurses with regard to the communicationskills could be intensified as well.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding en doel van het onderzoek	5
1.2 Reuma	6
1.3 Doelmanagement	7
1.3.1 Doelen vasthouden	8
1.3.2 Doelen aanpassen	8
1.3.3 Doelen loslaten	8
1.3.4 Nieuwe doelen vinden	9
1.4 De interventie "Doelbewust!"	9
1.5 Onderzoeksvragen	11
2 Methode	16
2.1 Participanten en werving	16
2.2 Procedure	17
2.3 Instrumenten	17
2.4 Analysestrategieën	18
2.5 Coderingsschema	18
3 Resultaten	19
3.1 Onderzoeksvraag 1: volgen van het cursusprotocol	19
3.2 Onderzoeksvraag 2: algemene sfeer tijdens de groepsessies	20
3.3 Onderzoeksvraag 3: gespreksvaardigheden van de trainers	27
4 Discussie	35
4.1 Samenvatting resultaten	35
4.2 Vraagstelling 1: volgen van het cursusprotocol	35
4.3 Vraagstelling 2: algemene sfeer tijdens de groepsessies	36
4.4 Vraagstelling 3: gespreksvaardigheden van de trainers	38
4.5 Beoordeling onderzoek en aanbevelingen interventie	39
4.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek	42
4.7 Conclusie	43
5 Referenties	44
6 Bijlage: Coderingsschema	46

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel van het onderzoek

Mensen met de diagnose polyartitis zullen veel veranderingen in hun leven ervaren. Ze moeten onder andere met meer pijn en vermoeidheid en minder beweeglijkheid leren omgaan. Daarnaast veranderen er veel gewoontes en ze kunnen ook sociale en psychische beperkingen ervaren. Patiënten met polyartritis kunnen dus veel van de voor zichzelf opgestelde doelen op grond van lichamelijke beperkingen niet bereiken. Omdat veel patiënten het gevoel hebben dat hun doelen in het leven bedreigd worden, werd de cursus "Doelbewust!" ontwikkeld. Bij deze cursus leren patiënten vier verschillende doelmanagementstrategieën om met bedreigde doelen om te kunnen gaan. Deze interventie is ontworpen om mensen met polyartritis te ondersteunen bij het leven met hun ziekte en om flexibiliteit in hun gedrag tot stand te brengen.

Vaak is de aanpak van een ontwerpproces in de psychologie vooral gebaseerd op het oplossen van problemen. Er wordt dan nagegaan wat het ongewenste gedrag is. Vervolgens wordt er bepaald hoe het gewenste gedrag eruit ziet en op basis van deze informatie wordt een interventie als oplossing ontworpen. Een ontwerpaanpak kent vier kernactiviteiten: de Analyse, de Synthese, de Constructie en de Evaluatie (het *ASCE-model*). Dit ASCE-model bepaalt de uiteindelijke interventie. De analyse betreft de analyse en definiëring van het probleem. Zo'n analyse-activiteit betreft in dit geval dus het in kaart brengen van de gevolgen van het probleem voor de gezondheid en kwaliteit van leven van de patient, wat er precies misgaat en de reden daarvan. Tijdens de synthese wordt toegewerkt naar een oplossing voor het probleem. Hierbij worden methoden en strategieën gekozen die de inhoud van de interventie aangeven. Bij de constructie wordt de interventie meestal eerst in een pilottest vormgegeven. Dat betekent dat de interventie eerst op kleine schaal wordt getest voordat deze op grote schaal wordt uitgevoerd. Tijdens de evaluatie wordt gekeken of dit pilottest het gewenste effect liet zien.

Uitgangspunt van deze studie was een promotieonderzoek van Roos Arends naar het bevorderen van succesvolle adaptatie bij mensen met een reumatische aandoening met behulp van doelmanagement. Dit is een actueel en lopend onderzoeksproject dat zich nog in de conceptfase bevindt. Dit betekent dat de bijbehorende interventie nog niet volledig geïmplementeerd is maar wel op behoorlijke schaal is uitgetest. Daarom is het belangrijk de werkwijze van deze interventie in detail te analyseren. Op die manier is het mogelijk eventueel nadelige factoren of kenmerken van de behandelwijze te achterhalen en te veranderen voordat de interventie volledig wordt geïmplementeerd. Daartoe behoort dus ook het observeren en onderzoeken van groepsessies. Het is belangrijk dat de processen die betrekking hebben op de kwaliteit van de interventie worden geanalyseerd. Deze stap in een ontwerpproces wordt 'proces evaluatie' genoemd. Na een positieve evaluatie van dit concept kan het programma geïmplementeerd worden. Dat betekent dat de interventie kan worden verspreid, zal

worden geadopteerd, zal worden uitgevoerd en worden behouden. Dit onderzoek had dus een inductieve aanpak omdat de implementatie en evaluatie voorop stonden en vanuit een concreet en bestaand programma is gewerkt.

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek was inzicht krijgen in hoe de groepssessies bij de interventie "Doelbewust!" verlopen. Randvoorwaarden, zoals het gebruik van de handleiding en het gedrag van de trainers tegenover de deelnemers, kunnen impact op de kwaliteit van de interventie hebben. Het was dus van belang om hier aandacht aan te besteden. Het beïnvloeden en bewaken van dergelijke randvoorwaarden met het oog op de werking van de interventie is een belangrijk onderdeel van de implementatie.

1.2 Reuma

Bijna twee miljoen mensen in Nederland lijden aan één of meerdere vormen van reuma welke meer dan 100 verschillende chronische aandoeningen omvat (Reumafonds, 2012). Reumatische aandoeningen doen zich aan gewrichten, botten, pezen en spieren voor. Reuma kan worden onderverdeeld in drie categorieën: artrose, wekedelenreuma en ontstekingsreuma. Artrose is in Nederland de meest voorkomende soort van reuma, ongeveer 1,1 miljoen mensen hebben deze vorm van reuma. Het kraakbeen gaat hierbij achteruit wat steeds meer pijn aanricht. Wekedelenreuma omvat aandoeningen aan pezen, banden, spieren en het kapsel om gewrichten. Ongeveer 240.000 mensen in Nederland hebben een vorm van wekedelenreuma. Ontstekingsreuma (ook artritis genoemd) is met 420.000 patiënten in Nederland een veelvuldig voorkomende ziekte. Bij ontstekingsreuma treden ontstekingen in het lichaam op die de gewrichten beschadigen (Reumafonds, 2012). Het verschil tussen artritis en polyartritis is het aantal ontstekingen die tegelijkertijd in het lichaam optreden. Bij polyartritis treden ontstekingen aan vijf of meer gewrichten op, terwijl bij artritis dit minder ontstekingen zijn. De meest voorkomende vorm van polyartritis is reumatoïde artritis (RA). RA is een auto-immuunziekte waarbij het afweerstysteem van het lichaam antistoffen aanmaakt gericht tegen lichaamseigen cellen in de gewrichten (www.dokterdokter.nl). Deze ziekte komt op alle leeftijden voor, met name bij vrouwen (Reumafonds, 2012). Polyartritis is chronisch van aard wat wil zeggen dat het over het algemeen een lange duur en een langzaam voortschrijden heeft (World Health Organization [WHO], 2013). Patiënten moeten dus bijna hun leven lang met deze ziekte leven wat veel aanpassing vereist. Mensen met deze diagnose zijn op grond van pijnklachten en zwellingen in het bovengenoemde bewegingsapparaat in hun functioneren en bewegingsvrijheid beperkt. Ze hebben last van vermoeidheid en stijfheid wat negatieve consequenties op het dagelijks leven kan hebben. RA is dus een ziekte die het leven van patiënten aanzienlijk beïnvloedt ondanks de huidige vooruitgang in de medische behandeling (Scott et al., 2005). Het ziekteverloop is onvoorspelbaar en grillig. Actieve ziekteperiodes worden afgewisseld door rustige fasen (Reumafonds, 2012). Tot nu toe is de oorzaak van polyartritis nog niet bekend (www.dokterdokter.nl).

Een chronische ziekte zoals polyarthritis verhoogt de kans op sociale afhankelijkheid en mogelijk een gevoel van frustratie, kwaadheid en onzekerheid m.b.t. de toekomst en bedreiging van het eigen zelfrespect (Evers et al., 1997). Dat kan impact op de tevredenheid en kwaliteit van leven hebben (Arends et al., 2013). De meeste mensen met de diagnose reumatoïde artritis moeten zich aan de nieuw opkomende beperkingen van de ziekte, zoals het onvermogen om verder te kunnen werken, te sporten of het huishouden draaiend te houden, aanpassen. Het verlies van op prijs gestelde activiteiten, vooral in combinatie met sociale interactie en sociale participatie, is een aanwijzing voor de ontwikkeling van depressieve symptomen (Arends et al., 2013) en dus kritisch voor het psychologisch welzijn (Griffith en Carr, 2001). Reuma heeft dus niet alleen fysieke consequenties voor de patiënten maar ook psychische en sociale. Deze consequenties kunnen als stressfactoren worden waargenomen. In de studie van Curtis et al. (2005) wordt aangetoond dat ook waargenomen stress sterk samenhangt met het optreden van depressie bij patiënten met de diagnose RA. Ook volgens Evers et al. (1997) is het niveau van depressieve symptomen en angst bij mensen met reumatische aandoeningen verhoogd. Dat is een aanwijzing dat patiënten zich niet succesvol aan hun ziekte kunnen aanpassen (Arends et al., 2013a). Coping, dus aanpassing, is in dit geval heel belangrijk voor de levenstevredenheid, voor het emotionele evenwicht en om beter met de ziekte om te kunnen gaan. Een ongepaste manier om met problemen om te gaan leidt tot negatieve emoties en tot het terugtrekken uit het openbare leven (Griffith en Carr, 2001). Verder is actieve coping een goede manier om de oorzaak van stress en de effecten hiervan zelf actief te veranderen (Curtis et al., 2005).

Een manier van actieve coping is het bewust opstellen van doelen in het leven die ondanks de ziekte nog te bereiken zijn. Adequate doelen motiveren en structureren gedrag, sturen gedrag in een bepaalde richting en geven overzicht van wat men bewust beoogt te bereiken (Wrosch en Scheier, 2003).

1.3 Doelmanagement

Doelmanagement is een methode om de discrepanties tussen de actuele situatie en de persoonlijke doelen die een persoon heeft te minimaliseren. Deze persoonlijke doelen en het nastreven hiervan zijn heel belangrijk voor het psychologisch welbevinden (Lazarus, 1993). Mensen kiezen doelen op basis van prioriteiten, individuele motivaties en beschikbare mogelijkheden. Volgens Arends et al. (2013) geeft het nastreven van de doelen betekenis aan het leven en het zorgt ervoor dat de mensen zich met zinvolle en betekenisvolle activiteiten bezighouden. In het algemeen bestaat er een positieve relatie tussen doelen, adaptatie aan een chronische ziekte en subjectief welbevinden. Toch kunnen er ook negatieve psychologische effecten optreden als mensen niet in staat zijn om vooruit te komen met bepaalde doelen. Ze raken op die manier het gevoel van controle kwijt wat negatieve consequenties voor de motivatie zal hebben (Arends et al., 2013).

Er zijn twee doelmanagementstrategieën van Brandtstädter et al. (2002) en twee doelmanagementstrategieën van Wrosch et al. (2003) die elkaar aanvullen om door veranderde levensomstandigheden met ernstig bedreigde of onbereikbare doelen om te kunnen gaan:

- Doelen vasthouden
- Doelen aanpassen
- Doelen loslaten
- Nieuwe doelen vinden

1.3.1 Doelen vasthouden (Brandtstädter et al., 2002)

Uit onderzoek is gebleken dat het van belang is om doelen vast te houden zolang deze nog bereikbaar zijn (Wrosch et al., 2003a). Dit gebeurt doordat het individu probeert actief aan zichzelf of aan de omstandigheden te werken en zo de actuele, onbevredigende situatie te veranderen zodat het beter past bij persoonlijke doelen. Bijvoorbeeld een polyarthritis-patiënt die graag in zijn huis wil blijven wonen, maar door lichamelijke beperkingen als gevolg van zijn ziekte moeite heeft met traplopen. Door bijvoorbeeld de slaapkamer naar beneden te verplaatsen of een traplift te laten installeren is het toch mogelijk om in huis te blijven wonen. Wanneer alle aanpassingen gedaan zijn en de gestelde doelen toch niet bereikt kunnen worden, is het noodzakelijk een andere doelmanagementstrategie te gebruiken.

1.3.2 Doelen aanpassen (Brandtstädter et al., 2002)

Mensen kunnen niet meer te bereiken doelen bijstellen. Daarbij wordt het doel aan de situatie en de leefomstandigheden aangepast. Hierdoor zijn ze wel in staat om de nieuw gedefinieerde doelen te behalen. Brandtstädter et al. (2002) stellen dat mensen die sneller doelen aanpassen algemeen tevredener zijn en meer betekenis aan hun leven geven. Bovendien zijn mensen die doelen flexibel kunnen aanpassen minder kwetsbaar voor het ervaren van stress. Volgens Wrosch et al. (2003a) zijn er twee manieren om doelen aan te passen. De eerste manier is het verlagen van doelen. Dat betekent dat een patiënt met de diagnose polyarthritis bijvoorbeeld in plaats van elke dag wandelen, slechts drie keer per week gaat wandelen. De tweede manier is het compenseren van doelen. De patiënt wil wel lichamelijk actief zijn en zich sportief gedragen maar op grond van pijnlijke gewrichten is wandelen niet meer mogelijk. In plaats daarvan kan hij gaan zwemmen. Zwemmen is minder belastend voor de gewrichten en daarnaast een haalbaar doel. Beide manieren hebben een positieve invloed op het subjectief welbevinden (Wrosch et al., 2003a).

1.3.3 Doelen loslaten (Wrosch et al., 2003)

Doelen loslaten kan worden toegepast als beoogde doelen, noch lager gestelde doelen, noch compenserende doelen, niet behaald kunnen worden (Arends et al., 2013). Wrosch et al. (2003a)

stellen dat het heel moeilijk kan zijn om doelen los te laten. Vooral als veel moeite en tijd in de doelen is geïnvesteerd, is het lastig om het los te laten. Bovendien zeggen Wrosch et al. (2003a) dat mensen vaak te positief denken over de toekomst en de eigen mogelijkheden te hoog inschatten. Dit wordt 'positive illusions' genoemd. Een bijkomend obstakel is 'planning fallacy'. Hierbij worden relevante ervaringen uit het verleden niet bij het plannen van de toekomst betrokken. Dit wil zeggen dat mensen op grond van deze twee factoren de kans te hoog inschatten de doelen te kunnen bereiken. Dit belemmert het kunnen loslaten van deze doelen. Onrealistische pogingen om aan het doel vast te houden dat niet bereikt kan worden, kunnen op stress, frustratie en depressie uitlopen (Wrosch et al., 2003a). Het wel kunnen loslaten van doelen kan een positief effect hebben op het zelfbeeld en het welzijn.

1.3.4 Nieuwe doelen vinden (Wrosch et al., 2003)

Om te voorkomen dat de persoon een doelloos leven ervaart (Wrosch et al., 2003a), na het loslaten van gestelde doelen, is het belangrijk nieuwe, bereikbare doelen te zoeken en deze na te streven (Arends et al., 2013). Nieuwe doelen vullen de leegte aan die werd veroorzaakt bij het loslaten van oude, niet bereikbare doelen. De strategie "nieuwe doelen vinden" wordt met een betekenisvol leven en een lage mate van stress geassocieerd (Dunne, Wrosch en Miller, 2011). Volgens Wrosch en Scheier (2003) verhoogt het streven naar nieuwe doelen de beoordeling van het subjectief welzijn.

1.4 De interventie "Doelbewust!"

De interventie "Doelbewust!" werd ontwikkeld om mensen met de diagnose polyarthritis, met mogelijk op grond van hun ziekte ontwikkelde depressieve symptomen en angstklachten, vooruit te helpen en te helpen met het leren omgaan met hun ziekte (Arends et al., 2013). Het doel is het om het welzijn van deze patiënten weer te verbeteren, de sociale participatie weer te vergroten en de door de ziekte opkomende emotionele klachten te verminderen.

Deze interventie is gebaseerd op de doelmanagement methode. Belangrijk is dat de patiënten in staat zijn flexibel tussen de vier verschillende doelmanagementstrategieën te schakelen en zo adequaat op de omgeving kunnen reageren (Bode en Arends, 2013). De deelnemers van de cursus houden zich tijdens de sessies bezig met voor hen belangrijke doelen en activiteiten die op grond van de reumatische aandoeningen moeilijk te bereiken zijn. De cursus helpt de deelnemers hun prioriteiten te verhelderen en alternatieve routes voor deze bedreigde activiteiten te ontdekken (Arends et al., 2013).

De interventie bestaat uit zes groepsbijeenkomsten waarbij ongeveer zes patiënten meedoen. De groepsbijeenkomsten worden geleid door een verpleegkundige die vooraf een training heeft doorlopen. De deelnemers hebben de gehele interventie dezelfde verpleegkundige. In de eerste sessie moeten de deelnemers erover nadenken wat voor consequenties reuma op hun leven heeft. Er worden door de verpleegkundige vier verschillende, fictieve casussen van vier verschillende, fictieve patiënten

voorgesteld waarop in alle zes bijeenkomsten wordt teruggekomen. Bij deze fictieve patiënten worden bedreigde doelen, maar ook sociale en psychische problemen die bij polyartritis kunnen optreden, duidelijk. Met behulp van deze casussen kan de aanpassing aan polyartritis en het gebruik van verschillende doelmanagementstrategieën worden geïllustreerd. Belangrijk in deze eerste sessie is het herkennen van eigen moeilijkheden in het leven door vergelijking met de fictieve casussen. Ook de uitwisseling van ervaringen en discussies met medecursisten is van belang om inzicht in en bewustwording van de eigen situatie te krijgen (Arends et al., 2013). De tweede bijeenkomst houdt zich voornamelijk bezig met het identificeren van eigen bedreigde activiteiten en hoofddoelen die aan deze activiteiten verbonden zijn. Om de eigen doelen op basis van de bedreigde activiteit überhaupt te kunnen achterhalen, wordt de doelenpiramide gebruikt. Dit hulpmiddel vereenvoudigt het ontdekken van de hoofddoelen en geeft een overzicht van concrete activiteiten en meer abstracte en algemene redenen waarom men aan deze activiteit plezier beleeft en waarom deze door het individu zo belangrijk gevonden wordt. In het onderstaande figuur wordt een voorbeeld van een doelenpiramide gegeven waarin de verbinding van activiteit en doelen duidelijk wordt gemaakt.



Figuur 1.1. Doelenpiramide (Bode en Arends, 2013)*.

*Opmerking. Instructie: Kies een activiteit die jou bezighoudt en die bedreigd is door je reumatische situatie. Schrijf deze activiteit in het onderste vakje van de piramide. Overweeg of er een 'hoger' doel is wat je in het vakje daarboven kunt zetten. Het zou kunnen helpen als je jezelf de volgende vragen stelt: Waarom is dit voor mij van belang? Wat is er met deze activiteit dat ik ze aantrekkelijk vind? Niet alle vakjes in de piramide hoeven worden ingevuld, probeer alleen op je eigen manier zo ver mogelijk in de piramide naar boven te komen (Arends et al., 2013).

Naast het identificeren van eigen bedreigde doelen worden in de tweede bijeenkomst ook de vier strategieën van het doelmanagement voorgesteld: doelen vasthouden, doelen aanpassen, doelen loslaten en nieuwe doelen vinden (Bode & Arends, 2013). In de derde bijeenkomst relateren de deelnemers deze vier verschillende strategieën aan hun eigen situatie door zich mentaal voor te stellen hoe elke strategie op hun probleem effect zou kunnen hebben. Op die manier kunnen ze de voor- en nadelen en gevolgen van elke strategie ontdekken. Aan het eind van de derde bijeenkomst kiezen de patiënten voor één doel en een passende, door de mentale simulatie afgewogen strategie (Bode en Arends, 2013). De vierde sessie houdt zich vooral bezig met het actieplan die de deelnemers aan het einde van de derde sessie gekozen hebben. Dit actieplan wordt in de groep besproken. Verder wordt

ook de sociale omgeving ter sprake gebracht die verschillend op het veranderde gedrag zou kunnen reageren. Er wordt hierbij benadrukt dat het aanemen van sociale steun een terugval kan voorkomen. Als huiswerk voor de volgende keer wordt het uitvoeren van het gekozen actieplan opgegeven (Bode en Arends, 2013). In de vijfde sessie wordt het uitvoeren van het actieplan geëvalueerd. Verder moet elke deelnemer voor een extra tweede en derde strategie kiezen, om op deze manier de flexibiliteit met het omgaan van doelmanagement te trainen. Hoe flexibeler patiënten een strategie kunnen kiezen, hoe beter ze op hun omgeving kunnen reageren (Bode en Arends, 2013). De zesde bijeenkomst houdt zich bezig met de evaluatie van de nieuwe strategie(ën). Bovendien worden mogelijke moeilijkheden besproken die in de toekomst zouden kunnen optreden. Verder wordt de preventie van een terugval in ondoordachte beslissingen en handelingen gecommuniceerd. Het is van belang dat de aangeleerde vaardigheden in het gedragspatroon van de deelnemers worden verankerd (Bode en Arends, 2013 en Arends et al., 2013).

Tijdens de groepsessies worden veel verschillende technieken door de verpleegkundige toegepast. Dergelijke technieken helpen bij het tot stand brengen van flexibiliteit in het gedrag. Technieken zoals mentale simulatie, planning, groepsdiscussies, persoonlijke feedback, probleemidentificatie, vergelijkingen, modeling, informatie etc. bevorderen het gebruik van verschillende doelmanagementstrategieën (Arends et al., 2013).

1.5 Onderzoeksvragen

Bij de analyse van de cursus "Doelbewust!" spelen vooral de groepsessies een grote rol omdat hier persoonlijk en het meeste contact met de patiënten plaatsvindt. Bij deze groepsbijeenkomsten is het dus van belang adequaat met de patiënten om te gaan zodat de inhoud van de cursus overkomt en ook in het gedragspatroon van de patiënten wordt verankerd.

Vooraf kunnen verschillende gedragsverklaringsmodellen gebruikt worden om in kaart te brengen waarmee veranderingen in het gedrag kunnen worden bewerkstelligd en welke factoren hierbij een rol spelen (waarmee in de interventie rekening gehouden kan worden). Een voorbeeld van een gedragsverklaringsmodel is het *ABC-model* van Ellis (1958). Dit model lijkt goed toepasbaar omdat door dit model patiënten van hun vaste en moeilijk te bereiken gedragspatroon los kunnen komen en nieuwe gedragingen in aanmerking kunnen nemen. Het *ABC-model* stelt dat gebeurtenissen (A) de overtuigingen van mensen activeren (B) waardoor gedachten, emoties en gedragingen worden gevormd (C). Door de groepsessies wordt geprobeerd om de patiënten van de vier verschillende doelmanagementstrategieën te overtuigen zodat zij hun gedrag veranderen en zich beter aan hun ziekte gaan aanpassen. Dit gebeurt doordat de deelnemers het gebruiken van een nieuwe strategie positief evalueren en deze strategie ook in de toekomst toepassen. Mensen maken vaak een bewuste keuze om bepaald gedrag uit te voeren. Ze maken individuele afwegingen over de voor- en nadelen van dit gedrag. Het *ABC-model* is goed toepasbaar op het overwinnen van dagelijkse problemen.



Figuur 1.2. ABC model (Ellis, 1958).

Een voorbeeld voor een bijkomend model is de *Protectie Motivatie Theorie* van Rogers (1975). Deze theorie stelt dat mensen een afweging maken van de mate waarin ze zich door een bepaald probleem bedreigd voelen en van de mogelijkheden die ze hebben om met deze dreiging om te kunnen gaan. De afwegingen vinden in het geval van de interventie "Doelbewust!" plaats bij de keuze welke strategie ze het best bij een bepaald probleem kunnen gebruiken. Het is belangrijk dat de deelnemers van het programma verwachten dat ze door het toepassen van de nieuwe strategieën minder dreiging zullen ervaren. Dit model lijkt hierbij goed toepasbaar. De patiënten zullen door de cursus het gevoel krijgen dat ze hun moeizame situatie zelf kunnen veranderen.

Zoals eerder aangegeven zijn veranderingen in gedrag vooral op innerlijke gedachten en overtuigingen gebaseerd. Dit betekent dat de trainers de vaardigheden moeten hebben om de patiënten van de nieuwe methode te kunnen overtuigen.

De trainers moeten de handleiding adequaat gebruiken en hun gedragingen aan deze handleiding aanpassen omdat alleen op die manier gekeken kan worden of de interventie effect heeft gehad. Als iedereen de materialen anders gebruikt dan de bedoeling is of dan het in de handleiding staat omschreven, dan is er geen controle over mogelijk 'verkeerd' gedrag of nadelige factoren die de effectiviteit van de interventie ondermijnen.

Volgens Michie et al. (2009) bestaat er bij interventies een algemeen regelmatig optredend probleem: de interventies worden niet concreet beschreven. Op die manier is er geen replicatie van de interventie mogelijk. Replicaties zijn belangrijk omdat ze wetenschappelijke kennis genereren en nuttelose en nadelige interventies vermijden. Zonder een precieze beschrijving wordt de evaluatie van de uitvoering van de interventie bemoeilijkt. Verder is het op die manier moeilijk een interventie succesvol te implementeren. In het geval dat een interventie wel gedetailleerd is beschreven, ontbreekt vaak een consistent gebruik van vaktermen. Dat heeft de consequentie dat beperkingen in de actuele wetenschappelijke praktijk optreden en foute conclusies getrokken kunnen worden. Een standaardisatie van en controle over het gebruik van de handleiding is dus noodzakelijk (Michie et al., 2011).

Als er een afwijkende aanpak van de handleiding wordt vastgesteld, dan is het van belang te concretiseren waarom deze afwijking plaatsvindt. Een observatie van verschillende bijeenkomsten kan mogelijke redenen voor de verschillen in kaart brengen.

Omdat de cursus "Doelbewust!" een groepsinterventie is, zijn er automatisch groepsprocessen die invloed op het effect van dit programma kunnen hebben. Daarom is het zinvol deze groepsprocessen nader te bekijken. Een groep kan volgens König en Schattenhofer (2006) als volgt

worden gedefinieerd: er zijn drie tot twintig leden, deze leden hebben een gezamenlijke opgave of doel, ze hebben de mogelijkheid om te kunnen communiceren en ze doorlopen met hun groep een bepaalde tijdsduur. Met de tijd ontwikkelen de leden een wij-gevoel voor de groep en bouwen normen en waarden binnen hun groep op met betrekking tot communicatie- en interactieprocessen. Daarbij spelen zowel de deelnemers als de gesprekleider een rol. König en Schattenhofer (2006) stellen dat er vijf dimensies zijn die bepalen hoe de sfeer in een groep is:

- Ontspanning - Spanning
- Harmonie - Conflicten
- Hoge arbeidsmotivatie - Lage arbeidsmotivatie
- Tevredenheid - Ontevredenheid
- Zelfsturing - Vreemdsturing (→ relatie met gesprekleider)

De linker kant van de telkens twee tegenovergestelde dimensies bevorderen de sfeer in een groep, de rechter kant een meer onproductieve sfeer.

De groepsprocessen zijn dus van belang voor een effectief programma. Omdat de deelnemers van dit programma met dezelfde problemen te maken hebben, zullen de patiënten volgens Kassin et al. (2011) vreedig met elkaar omgaan. De interacties tussen de deelnemers zullen naar verwachting dus op een vriendelijke manier verlopen. Door dezelfde problemen zullen de patiënten een gevoel van samenhang ervaren waarbij ze met gelijkgezinde over hun situatie kunnen praten. Dit kan een positieve invloed op de sfeer hebben.

Omdat de interventie "Doelbewust!" geen concurrentiestrijd is maar alle deelnemers dezelfde kennis hebben en iets nieuws leren, kunnen ze elkaar ondersteunen (Kassin et al., 2011). Belangrijk is dat de trainer regels opstelt om een gerichte en gestructureerde procedure te krijgen waarbij bijvoorbeeld directe aanwijzingen door de trainer worden gegeven, het tijdschema moet worden gehandhaafd, zoals dat erop gelet moet worden dat privé gesprekken alleen in de pauzes plaatsvinden, etc. (Kassin et al., 2011). Volgens het Roos van Leary model is een samenwerking van de groepsleider met de groepsleden altijd beter voor de algemene sfeer dan een autoritaire leider, omdat de deelnemers bij een samenwerkende leider elkaar sneller helpen en aanpassend meewerken. Anders kunnen de deelnemers teruggetrokken reageren en afhankelijk worden door een te strenge en dominante trainer (Melis en Korrelboom, 2000). Dit zou het effect van de interventie kunnen ondermijnen, omdat het belangrijk is dat de patiënten na de groepsbijeenkomsten ook zonder de hulp van de trainer de nieuwe strategieën gaan gebruiken.

Uit onderzoek van König en Schattenfeller (2006) blijkt dat een coöperatieve en gelijkwaardige houding van de kant van de trainer een afhankelijk gedrag van de deelnemers kan voorkomen. Dit betekent dat de trainers vooraf duidelijk moeten maken dat ze niets doen wat de deelnemers ook zelf kunnen doen. De trainers laten hen alleen zien dát en hóe ze deze acties kunnen bereiken maar ze nemen hen geen werk af. Bij sommige deelnemers duurt het een beetje langer totdat

ze dit kunnen accepteren, maar met de tijd gaan ze de uitdaging aan om zelf het doel te bereiken. Ook helpen de trainers de deelnemers te achterhalen op welke manier ze bepaalde activiteiten tot nu toe nog niet hebben uitgeprobeerd, dus waardoor ze werden tegengehouden. De trainers eisen geen prestaties van de deelnemers maar bieden steun bij het vinden van nieuwe strategieën (König en Schattenhofer, 2006).

Het is van belang dat voor de cursus "Doelbewust!" een veilige, ontspannen en aangename sfeer ontstaat. Dit is mogelijk door een gelijkwaardige relatie tussen deelnemers en trainer en tussen de deelnemers onderling tot stand te brengen (König en Schattenhofer, 2006). Op basis van de literatuur zijn geen voorbeelden voor een codering van de sfeer in een groep gevonden. Men kan zich voorstellen dat, om gelijkwaardigheid te bereiken, er verschillende capaciteiten nodig zijn van de trainers en deelnemers. Belangrijk zou bijvoorbeeld een respectvolle houding tegenover elkaar zijn, geduld, openhartigheid en het oprecht tonen van belangstelling. Verder zou de trainer bij de deelnemers altijd rustig, begrijpend en sturend maar niet te dominant moeten overkomen. Het is belangrijk dat ze directief maar tegelijk ook empathisch zijn.

Een ander belangrijk punt voor een succesvolle interventie is de gespreksvaardigheid van de trainers. De deelnemers zullen zich door het gedrag van de trainers veilig gaan voelen en op die manier oprecht over hun problemen praten en nieuwe strategieën uitproberen (Jacobs, 2008). Zoals hiervoor genoemd is de trainer-cliënt relatie belangrijk om een vertrouwelijke sfeer in de groep te creëren. Volgens Rogers (1959, 1962) is een cliëntgerichte benadering de wezenlijke therapievorm om een vertrouwelijke sfeer te bereiken. De therapeut mag deze cliëntgerichte aanpak niet alleen als een methode beschouwen maar moet deze als een houding aannemen. Hij zou moeten zeggen dat elk individu uniek is en elk persoon eigen kenmerken, denkwijzen en gevoelens heeft die centraal moeten staan. Rogers (1959, 1962) stelt dat er drie belangrijke houdingen zijn die een hulpverlener kan toepassen om tot zijn cliënten door te dringen en hen zo te helpen uit hun persoonlijke problemen te komen: onvoorwaardelijke positieve waardering, echtheid en empathie. Onvoorwaardelijke positieve waardering zegt dat de trainer elke soort gedachten en gevoelens van de patiënt zal accepteren. Dit is een teken van respect en geeft aan dat iedereen zichzelf mag zijn. Echtheid betekent dat de trainer authentiek en transparent is. De trainer moet oprecht tegenover zichzelf zijn en eerlijk aan de patiënten vertellen als hij of zij opmerkingen of input van de deelnemers niet heeft begrepen. Bij de derde houding, empathie, gaat het om het zich inleven in de belevingswereld van de deelnemers. Het is van belang de deelnemers te laten merken dat ze worden begrepen. Dit ondersteunt het gevoel van veiligheid in de groepsbijeenkomsten (Rogers, 1959, 1962). Lang en van der Molen (2010) geven aan dat trainers belangrijke basis-gespreksvaardigheden machtig moeten zijn om de patiënten adequaat te bereiken. Begrip vanuit de trainer is een eerste noodzakelijk principe voor een succesvolle interventie. De deelnemers moeten het gevoel hebben dat ze serieus worden genomen. De trainer moet door kleine aanmoedigingen laten zien dat hij goed naar de deelnemers luistert en aandacht toont. Ook moet de patiënt genoeg ruimte krijgen om zijn situatie te kunnen beschrijven. Dat kan worden bereikt door

verder door te vragen en open vragen aan de deelnemer te stellen. Op die manier wordt de patiënt gestimuleerd om verder te vertellen. Het samenvatten vanuit de trainer van opmerkingen van de deelnemers is een handige strategie om overzicht en ordening voor zichzelf en de deelnemers in het gesprek te krijgen. Op die manier kan ook worden gecontroleerd of de trainer de uitleg van de deelnemer goed heeft begrepen. Als de trainer niet aan elke deelnemer evenveel aandacht besteedt en niet op de behoeftes van elke patiënt ingaat, kan het gebeuren dat de deelnemers niet langer gemotiveerd zijn om mee te doen (Lang en van der Molen, 2010). Dan zou de interventie geen effect hebben. De trainer heeft bij de interventie "Doelbewust!" een uitleggende rol en zal rustig laten zien dát en hóe er op een andere manier over problemen gedacht kan worden. Dit betekent dat de trainer alternatieven laat zien die een andere visie op de problemen kunnen geven. De trainer heeft ook de taak om de deelnemers te corrigeren als ze iets verkeerd opvatten en zich als gevolg daarvan verkeerd gaan gedragen. De trainer stimuleert de deelnemers bij het realiseren van nieuw opgestelde doelen. Dus de houding van Rogers (1959, 1962) gecombineerd met de boven genoemde methoden en vaardigheden zal een effectieve trainer opleveren.

Het valt op dat veel details van een interventie geobserveerd en geëvalueerd moeten worden. Op die manier kan aandacht worden besteed aan hoe de werkwijzen bij zo'n interventie het best kunnen worden verbeterd. Het doel van dit onderzoek was het verloop van de groepsessies van de cursus "Doelbewust!" nader te onderzoeken. De onderzoeksvragen op basis van de bovengenoemde kennis zijn als volgt geformuleerd:

1. Bij de analyse was het belangrijk te kijken of het cursusprotocol adequaat door de trainers werd gevolgd. Hebben de trainers de instructies en oefeningen juist begrepen en hebben ze deze ook op de juiste manier aan de deelnemers uitgelegd? Verder werd met de handleiding vergeleken of aan al het materiaal is toegekomen tijdens de sessies en of de inhoud van het protocol in de juiste volgorde is gepresenteerd.

2. In dit onderdeel van de analyse werd op de sfeer gelet. Hoe waren de interacties tijdens de cursus? Zijn de deelnemers vreedzaam met elkaar omgegaan en hebben ze elkaar bij het uitproberen van de nieuwe strategieën ondersteund? Het is van belang dat de trainers aanwijzing en structuur geven tijdens de sessies om het doel voor ogen te hebben maar tegelijk toch een soort van samenwerking benadrukken. Hadden de deelnemers en de trainers een respectvolle houding tegenover elkaar, waren ze geduldig en openhartig en hebben ze oprecht belangstelling betoond? Verder zou de trainer bij de deelnemers altijd rustig en begrijpend en niet te dominant moeten overkomen.

3. Bij deze analyse werd aandacht besteed aan de gespreksvaardigheden die de trainers tijdens de groepsbijeenkomsten gebruikten. Hebben de trainers de basisvaardigheden gebruikt zodat de deelnemers gemotiveerd waren en de nieuwe strategieën hebben uitprobeerd? Hebben de trainers de vaardigheden begrip, kleine aanmoedigingen, samenvatten, ruimte laten, doorvragen, open vragen stellen, uitleg geven, corrigeren en stimulatie gebruikt?

2 Methode

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode nader toegelicht worden. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek.

2.1 Participanten en werving

De participanten van dit onderzoek waren de verpleegkundigen die de cursus hebben gegeven en de patiënten. De patiënten zijn in vier verschillende ziekenhuizen in het oosten en het zuidoosten van Nederland geworven. De cursus "Doelbewust!" is bedoeld voor volwassenen met (symptomen van) ontstekingsreuma die door deze ziekte beperkingen in hun dagelijks leven ervaren. Deze mensen kunnen een verhoogde mate van depressieve en angstige symptomen vertonen. De cursus is echter niet bedoeld voor patiënten met ernstige depressie en angstklachten. Zij kunnen beter individuele psychotherapeutische hulp zoeken. De criteria voor participatie aan het onderzoek:

- 18 jaar of ouder
- Diagnose polyartritis
- Een score van vier of hoger bij de depressie subschaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Er waren voor dit onderzoek de volgende exclusiecriteria:

- Een score van 22 of hoger bij de totale HADS
- Niet voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Psychotherapeutische behandeling tijdens de studie

De verpleegkundigen zijn geworven doordat geïnteresseerde ziekenhuizen mee wilden doen met de cursus. De ziekenhuizen stelden telkens één van hun verpleegkundigen ter beschikking die van hun kant eveneens interesse hadden om aan de cursus deel te nemen. Deze verpleegkundigen moesten voor aanvang van de cursus een training van een hele dag doorlopen.

De groepsessies zijn opgenomen op een audioopname-apparaat. Er zijn in totaal 16 bijeenkomsten beluisterd. De gekozen sessies zijn in de volgende matrix weergegeven:

	BK1	BK2	BK3	BK4	BK5	BK6
ZIEKENHUIS A1						
ZIEKENHUIS A2			X			
ZIEKENHUIS A3	X _a					
ZIEKENHUIS A4	X _a			X	X _a	
ZIEKENHUIS B1	X	X		X		
ZIEKENHUIS B2			X			
ZIEKENHUIS B3		X _a				
ZIEKENHUIS C1					X _a	X
ZIEKENHUIS C2				X		
ZIEKENHUIS D1			X _a		X _a	
ZIEKENHUIS D2		X				

a : opname niet volledig

Op het tijdstip van dit onderzoek waren er elf verschillende groepen. Bij deze bijeenkomsten waren meestal zes deelnemers en één verpleegkundige aanwezig. De groepen bestonden meestal uit meer mannen dan vrouwen. Ook waren deze vrouwen meestal iets ouder, afgezonderd van één tot twee jongere vrouwen. Elk ziekenhuis had één trainer, dus in totaal waren er vier trainers. Er is geprobeerd om ongeveer hetzelfde aantal van de verschillende bijeenkomsten te beluisteren (bijeenkomst 1 t/m 6) om een goed overzicht over elke bijeenkomst te krijgen, om op deze manier een beeld van de gehele cursus te kunnen vormen. Er werden telkens drie opnames van elke bijeenkomst (bijeenkomst 1 t/m 5) uit verschillende groepen beluisterd. Bijeenkomst 6 was tot het tijdstip van dit onderzoek slechts één keer opgenomen.

2.2 Procedure

Voor dit onderzoek zijn afzonderlijke groepsbijeenkomsten van de interventie "Doelbewust!" met een audioopname-apparaat opgenomen. De deelnemers en de trainers in de opgenomen sessies zijn vooraf gevraagd of de bijeenkomst mocht worden opgenomen. Het audio-apparaat lag naast de verpleegkundige vooraan in het lokaal waar de cursus gehouden werd. Elke bijeenkomst zou in zijn geheel worden opgenomen. Dit is echter niet altijd gelukt zoals in de matrix is te zien. De onderzoekster heeft naar deze opnames geluisterd en heeft de verschillende aspecten uit haar onderzoeksvragen in haar analyse opgenomen.

2.3 Instrumenten

Om de sessies te analyseren is gebruikgemaakt van audioopnames. Verder was de onderzoekster zelf een 'meetinstrument' omdat zij heeft bepaald welke waarnemingen voor de beantwoording van de onderzoeksvragen belangrijk waren en welke niet, en deze vervolgens wel of niet heeft opgeschreven.

2.4 Analysestrategieën

De analyse van de audioopnames is uitgevoerd om antwoord te geven op de drie onderzoeksvragen. De analyse is gebaseerd op auditieve waarnemingen. Daarnaast is er gebruikgemaakt van observatie met betrekking tot het theoretisch kader en de onderzoeksvragen. De onderzoekster liet zich bij de observatie dus sturen door verschillende aandachtspunten. Zij heeft vooraf op basis van deze aandachtspunten een waarnemingsschema (coderingsschema) opgesteld. Een waarnemingsschema is een overzicht van aan de doel- en vraagstelling ontleende onderwerpen, waarop tijdens de observatie moet worden gelet. De gesprekken die tijdens een groepsbijeenkomst plaatsvonden tussen de deelnemers en de verpleegkundige en tussen de deelnemers onderling, zijn geanalyseerd met behulp van het waarnemingsschema. Omdat het niet de bedoeling was om aparte woorden of zinnen te analyseren en de interesse niet bij letterlijke uitspraken lag, lag de aandacht op betekenis. Dit betekent dat de inhoud van de verschillende waarnemingen die tijdens het luisteren van de audioopnames naar voren kwamen, in thema's gecategoriseerd zijn. Deze thema's zijn op basis van het waarnemingsschema bepaald. Tijdens het luisteren werd op deze thema's toegespitst. Met de inhoud van deze thema's en met behulp van het coderingsschema zijn de onderzoeksvragen beantwoord. Het kwam voor dat tijdens het luisteren van de opnames extra thema's naar voren kwamen die aan het coderingsschema werden toegevoegd. Er was dus sprake van 'open coderen'. Nadat een thema aan het coderingsschema werd toegevoegd, moesten de vooraf beluisterde opnames nog een keer worden beluisterd om ook het nieuwe thema in deze opnames te betrekken en te analyseren. De antwoorden op de onderzoeksvragen zijn met voorbeelden en citaten verduidelijkt. Omdat er geen transcripties ter beschikking stonden, werden de tijdstippen van de citaten en opmerkingen genoteerd zodat dit later kon worden gecheckt. Transcripties van groeps gesprekken zijn niet zinvol. Omdat bij dit onderzoek meerdere personen tegelijk aanwezig waren, was het voor de onderzoekster onduidelijk wie er praatte, vooral als er door elkaar werd gesproken.

2.5 Coderingsschema

Het coderingsschema bood een overzicht van de op de onderzoeksvragen gebaseerde onderwerpen waarop tijdens de observatie werd gelet. Het beschreef heel gedetailleerd waarna in de drie onderzoeksvragen werd gevraagd. Het was dus mogelijk, tijdens het luisteren van de opnames, bij elk thema van een onderzoeksvraag gestructureerd aantekeningen te maken, welke makkelijk terug te vinden waren. Het coderingsschema is opgedeeld in onderzoeksthema, code, bewijs, tijd, citaat en opmerkingen - telkens met een eigen kolom. In de bijlage van deze scriptie is het schema te vinden.

3 Resultaten

Doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in hoe de groepssessies bij de interventie "Doelbewust!" verlopen. Hieronder worden per onderzoeksvraag de resultaten weergegeven. De citaten verduidelijken en onderbouwen de antwoorden. Verder zijn de tijdstippen met de bijhorende bijeenkomst aangegeven.

3.1 Onderzoeksvraag 1: volgen van het cursusprotocol

Vraagstelling 1 omvatte het cursusprotocol. Er werd aandacht besteed aan de vraag of aan al het materiaal uit de handleiding tijdens de sessies is toegekomen en of de inhoud van het protocol in de juiste volgorde is gepresenteerd. Ook de vraag of de trainers de instructies en oefeningen juist hebben begrepen en deze juist aan de deelnemers hebben gepresenteerd, was een aandachtspunt bij het analyseren van de opnames.

Tijdens het luisteren van de opnames kwam naar voren dat alle vier de trainers zich over het algemeen aan de handleiding hebben gehouden. In de meeste gevallen is **aan al het materiaal uit de handleiding toegekomen**.

Alleen Trainer B is één keer bij de groep ZIEKENHUIS B2 in bijeenkomst drie de pauze vergeten. Verder is Trainer A bij de groep ZIEKENHUIS A3 in bijeenkomst één vergeten op tijd het audioapparaat aan te zetten waardoor het niet mogelijk was het begin van de sessie te beluisteren.

Ook **de inhoud van het protocol** werd meestal **in de juiste volgorde**, zoals in de handleiding staat omschreven, gepresenteerd. Trainer C heeft bij de groep ZIEKENHUIS C1 in bijeenkomst 6 in de tweede helft één keer een gedeelte overgeslagen (5:05min). De deelnemers hebben de verkeerde volgorde niet opgemerkt, of in ieder geval, niets gezegd, maar Trainer C heeft haar fout zelf waargenomen. Ze heeft zich geëxcuseerd voor deze vergissing, heeft het overgeslagen gedeelte herhaald en ging daarna weer verder met waar ze gebleven was. Ze heeft in deze situatie goed gereageerd.

Alle vier de **trainers hebben de instructies en oefeningen van de groepsbijeenkomsten op de juiste manier uitgelegd**. Trainer D bij groep ZIEKENHUIS D1 in bijeenkomst drie legde bijvoorbeeld in de tweede helft de mentale verbeelding heel duidelijk en begrijpelijk uit (3:00min).

Ook Trainer B bij groep ZIEKENHUIS B2 in bijeenkomst twee legde de activiteiten, doelen en hoofddoelen op een begrijpelijke manier uit. Vooral de tweede bijeenkomst met deze drie onderwerpen is belangrijk om te begrijpen, omdat de hele cursus hierop verder bouwt. Trainer B deed dit heel goed. Ook bij dezelfde groep in bijeenkomst drie legde ze bijvoorbeeld oefening 3A juist uit en gebruikte ze er nog voorbeelden bij om het voor iedereen begrijpelijk te maken (44:38min). Ze kon

bovendien de vragen van de deelnemers ten opzichte van oefening 3A adequaat beantwoorden (46:30min).

Ook Trainer A gebruikte vaak voorbeelden om de inhoud te verduidelijken (bijvoorbeeld in ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, 3:45min of in ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 1:13:50uur). Trainer A legde bijkomend het huiswerk bij groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één juist uit en hielp bij vragen (1:50:02uur). Op die manier was te zien dat de deelnemers de inhoud van de cursus juist uitgelegd hebben gekregen.

Verder viel het op dat de deelnemers niet naar informatie over andere dingen hebben gevraagd die eigenlijk niet tot de cursus behoorden, zoals ergotherapeutische of medische informatie.

3.2 Onderzoeksvraag 2: algemene sfeer tijdens de groepsessies

Bij de tweede vraagstelling ging het om de algemene sfeer tijdens de groepsessies. Er is aandacht besteed aan de interacties tussen de deelnemers en aan de omgang van de trainer met de deelnemers. Ook is er gekeken of de trainers controle over de groep hadden, aanwijzing en structuur gaven maar toch een soort van samenwerking benadrukten.

De sfeer tijdens de sessies was veelal ontspannen. De deelnemers gingen respectvol met elkaar en met de trainers om. Ook bij de trainers was op te merken dat ze begrip, interesse en respect tegenover de deelnemers vertoonden. De trainers hebben er goed op gelet dat tijdens de bijeenkomsten alle deelnemers aan de beurt kwamen.

De deelnemers van Trainer A gingen allemaal heel **respectvol** met elkaar om. Ze toonden **begrip** voor hun groepsgenoten. Bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één werd dit duidelijk: "In feite ben ik iedereen kwijtgeraakt die ik had, omdat je gewoon zo weinig kunt, omdat je gewoon altijd moe bent. Weet je, iedereen wil stappen en iedereen wil de stad in en die wil dit en die wil dat. En als je vijf of zes keer zegt 'Nee hoor, ik ga niet mee, ik ben hartstikke moe', ja dan vragen ze je gewoon niet meer. En dan zijn ze weg." "Dat vind ik wel jammer!" (38:31min). Ook bij de groep ZIEKENHUIS A4 in de eerste helft van bijeenkomst vier was het tonen van begrip op te merken: "Ik ga met de voorzitter zelf praten" (Deelnemer om wie het gaat). "Wil je dat als doel?" (Trainer A). "Ja!" (Deelnemer om wie het gaat). "Een heel moeilijk doel maar je komt er heel veel verder mee" (Trainer A). "Ja denk ik ook!" (Een ander deelnemer) (36:51min).

Het viel op dat de deelnemers heel geschokt reageerden als ze iets onverwachts te horen kregen (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, tweede helft, 17:45min). Men kreeg over het algemeen het gevoel dat de deelnemers **meevoelden met hun groepsgenoten**. Verder respecteerden ze de problemen van de anderen wat bijvoorbeeld door de stilte bij de groep ZIEKENHUIS A3 in de tweede helft van bijeenkomst één duidelijk werd (35:09min).

De deelnemers **probeerden elkaar te helpen**. Ze waren begripvol maar ook **redelijk eerlijk tegen elkaar**: "Ik denk dat jij het allemaal te hoog stelt. Jij legt de grens te hoog." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 24:08min). Ook vielen ze elkaar vaak bij "Dat doe je niet, je wilt niet altijd vragen. Daar bots ik echt tegen aan." "Ja, ja!" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 11:00min) als iemand over zijn of haar ervaringen vertelde (ook ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, eerste helft, 0:50min en 16:10min, en tweede helft, 28:01min).

De deelnemers herkenden zich herhaaldelijk in het verhaal van andere deelnemers en brachten dit tot uiting. Zoals bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één: "Ja, daar loop je elke dag tegenaan." (10:51min) of "Ja, je wil niet afhankelijk worden." (1:47:10uur).

Sommige deelnemers waren **een beetje ongeduldig** wat betreft het uit laten spreken van andere deelnemers. Ze waren daarbij niet onvriendelijk maar wilden hun eigen verhaal aanvullen en hun eigen mening inbrengen (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 28:00min). Vaak liep dit onderbreken op een discussie uit (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, eerste helft, 16:50min) wat de voortgang van de cursus niet belemmerde. Tijdens deze discussies kwamen belangrijke onderwerpen aan bod die voor het thema in de cursus interessant waren. In sommige gevallen 'misbruikten' de luisteraars het willen aanvullen en grepen deze gelegenheid direct aan om over zichzelf te vertellen (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 42:18min & 1:24:03uur). Deze deelnemers hadden meer behoefte om te praten dan andere deelnemers.

De meeste deelnemers waren **geïnteresseerd** in het verhaal van de andere deelnemers - ze waren meestal stil en luisterden. Bij de groep ZIEKENHUIS A4 in de tweede helft van bijeenkomst vier stelden ze elkaar vragen: "Ik ben 12 en half jaar bezig voor hem en hij had niks van zich laten horen." "Echt niet?" (23:45min). Bij de groep ZIEKENHUIS A3 in bijeenkomst één tijdens de pauze (28:30min) werden elkaar verdere vragen gesteld met betrekking tot het privéleven. De deelnemers lieten dus wederzijdse interesse zien.

Daarnaast was een ontspannen sfeer bevorderend voor de situatie in de groep. Bij groep ZIEKENHUIS A3 in de eerste helft van bijeenkomst één konden de deelnemers herhaaldelijk om zichzelf lachen (8:00min, 22:20min, 24:12min). Ook bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één (37:05min) maakten de deelnemers grapjes ten kosten van zichzelf. Ze hadden een **humor** die de groepssfeer, naast de negatieve onderwerpen zoals lichamelijke beperkingen of teleurstellingen, een beetje opvrolijkte.

Het kwam niet zo heel vaak voor dat de deelnemers elkaar ondersteunden bij het uitproberen van nieuw gedrag. Bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één was er maar één man die de anderen wilde overtuigen om te bewegen, van de bank af te komen: "Ga naar de huisarts, ga vooral naar de fysiotherapeut, ga naar wat dan ook. Kom van de bank af!" (1:28:45uur). Hij motiveerde de andere deelnemers en gaf hen de **handige tip** naar de fysiotherapeut te gaan omdat die kan helpen. Ook bij de groep ZIEKENHUIS A4 in de eerste helft van bijeenkomst vier was er een vrouw die een

andere deelnemer wilde **motiveren** om met haar te gaan zwemmen: "Kom dan bij ons in de groep, morgen van 11 tot 12." (8:52min). Ze steunde de deelnemer om niet alleen te hoeven gaan.

De deelnemers in deze groep gaven elkaar ook **adviezen** bij het bespreken van het actieplan. "Je moet de grenzen niet te hoog leggen!" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 26:46min) en "Gewoon doen wat jij wil." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 29:51min).

Trainer A was **heel geduldig** en liet de deelnemers altijd uitpraten wat bijvoorbeeld bij de groep ZIEKENHUIS A3 in de eerste helft van bijeenkomst één (10:30min-24:42min) duidelijk werd. De trainer nam altijd voldoende tijd voor de oefeningen zoals bij de groep ZIEKENHUIS A3 in bijeenkomst één bij de oefening 1A en de verhalen.

Trainer A toonde **grote belangstelling voor de deelnemers**. Ze stelde vaak vragen en gaf kleine aanmoedigingen, maar hier wordt later, bij de derde onderzoeksvraag, nader op ingegaan.

Trainer A probeerde vaak **de acties van de deelnemers te waarderen** en steunde op die manier het gedrag: "Mooi hoor. Heel goed!" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 13:10min), "Je hebt het ook heel goed gedaan." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 1:43:39uur), "Het gaat voortreffelijk met je doelen." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 39:40min), "Ik vind dat we goed gewerkt hebben vandaag, jullie vooral." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, tweede helft, 24:30min) en "Is toch mooi dat iedereen wat bedacht heeft." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vijf, tweede helft, 7:41min).

Wat tijdens het luisteren heel positief opviel is dat Trainer A zeer **rustig en begrijpend** reageerde als een deelnemer vanwege wanhoop begon te huilen. Ze nam waar dat een deelnemer hilde en zei tegen de andere deelnemers: "Ja, ik moet er zo even bij." (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 35:09min) en liep naar de betreffende deelnemer, gaf haar tijd totdat ze gestopt was met huilen en vertelde daarna dat de cursus bedoeld is om nieuwe strategieën aan te leren en dat de oefeningen er zijn om iets te veranderen. Ze probeerde haar weer een beetje op te vrolijken en hoop te geven.

Verder was Trainer A niet te dominant en had ze een hele goede relatie met de deelnemers.

Trainer A had **de groep goed onder controle**. Ze gaf directe aanwijzingen wat te doen en drukte zich daarbij **duidelijk** uit.

Soms las ze ook uit de handleiding voor zoals bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één als het in het begin over de algemene mededelingen ging. Ook bij de groep ZIEKENHUIS A4 in de tweede helft van bijeenkomst vijf las Trainer A uit de handleiding voor toen ze de mentale verbeelding en het huiswerk besprak.

Trainer A lette erop dat privégesprekken alleen in de pauzes plaatsvonden en verzocht om stilte als het rumoerig werd: "Kunnen jullie even stil zijn want anders is het lastig voor andere mensen om na te denken." (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, eerste helft, 8:20min). Daarnaast lette ze erop dat de gesprekken bij de cursus pasten: "We gaan heel erg van het onderwerp af." (ZIEKENHUIS A3,

bijeenkomst één, eerste helft, 20:55min) en "Even terug naar de cursus." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 13:12min).

Over het algemeen kwam Trainer A het geplande tijdschema na. Het hing er wel vanaf hoeveel behoefte de deelnemers hadden om te praten en hoe snel ze de oefeningen konden doen.

Trainer A wist wat ze deed. Men kreeg het gevoel dat ze echt een idee had van de inhoud en van de cursus in het algemeen. Ze kon de inhoud van voorgaande bijeenkomsten toepassen en op die manier handige tips geven (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, tweede helft, 5:00min).

Bovendien was Trainer A heel **vriendelijk, sympathiek en altijd in een goed humeur**.

De sfeer in de groepen van Trainer A was altijd **heel ontspannen**, de deelnemers lachten veel en maakten grapjes zoals "Met de hele cursus naar Spanje gaan." (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 12:50min).

Trainer A hoefde de deelnemers in haar groepen niet echt te stimuleren om uit zichzelf te vertellen omdat de deelnemers het meestal al uit zichzelf deden. Het leek meer op een **gesprek tussen Trainer A en de deelnemers** dan een situatie zoals in een schoolklas. De deelnemers vertelden erg graag over zichzelf. Soms vertelden ze een beetje teveel over zichzelf - dat was echter niet negatief voor de andere deelnemers maar ze weken op die manier vaker van het thema af. De deelnemers hadden een grote behoefte om te praten. Ook in de pauze werd verder opgewekt gediscussieerd. Deelnemers praatten over ervaringen en ook Trainer A stelde privévragen. Ze toonde belangstelling voor ook andere dingen dan de inhoud van de cursus.

De deelnemers van Trainer B gingen ook **respectvol** met elkaar om.

In tegenstelling tot de deelnemers van Trainer A onderbraken de deelnemers van Trainer B elkaar niet. Ze waren **geduldig** en waren meestal stil en luisterden.

De deelnemers waren **een beetje terughoudend** en vielen elkaar niet zo snel bij zoals de deelnemers van Trainer A. Het viel op dat de deelnemers van Trainer B niet zoveel over zichzelf vertelden, dus had Trainer B de leiding en moest zij het gesprek sturen.

De deelnemers toonden daarentegen toch **belangstelling voor hun groepsgenoten** en konden ook soms met de groep lachen, wat de sfeer een beetje meer ontspannen maakte (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 30:10min & 45:45min en ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 11:58min & 19:23min & 46:10min & 1:01:40uur & 1:15:20uur).

De deelnemers van Trainer B ondersteunden elkaar niet bij het uitproberen van nieuw gedrag. Ze waren daarvoor een beetje te terughoudend.

Trainer B waardeerde de acties van haar deelnemers: "Ik vind het prima." (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 10:41min), "Kijk! Hartstikke goed!" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 28:18min), "Ja perfect. Klopt helemaal." (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 38:05min), "Hele goede manier!" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 41:32min) en "Ik vind het fantastisch!" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 1:03:44uur).

Verder kregen de groepsessies soms een **gespreksvorm** (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 14:15min & 19:41min & 33:10min), maar er waren minder gesprekken en discussies in deze groep dan bij Trainer A. De deelnemers zeiden vaak alleen iets als ze uitgenodigd werden.

Trainer B nam **voldoende tijd voor oefeningen** maar was soms een beetje **ongeduldig** wat betreft oefeningen en antwoorden op vragen. Ze **onderbrak de deelnemers** soms een beetje snel als ze zelf een idee had: "Dus voor mij komen er ook sociale contacten eruit. Kan dat kloppen?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 25:37min). Ze wilde soms de zinnen van de deelnemers afmaken maar vroeg aan het eind wel kort na of het klopte.

Trainer B was **geïnteresseerd in de ervaringen van de deelnemers** (zie 'doorvragen' en 'kleine aanmoedigingen' bij onderzoeksvraag 3).

Ook steunde ze de deelnemers: "Niks is fout he? Alles is goed." (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 17:42min). Bij groep ZIEKENHUIS B2 in bijeenkomst drie hielp ze deelnemers die tijdens verschillende oefeningen vastzaten. "Lukt het? Waar loop je vast? Waar loop je tegenaan?" (58:40min). Omdat deze hulp tijdens het maken van de oefeningen plaatsvond, waar het eigenlijk stil moest zijn, praatte Trainer B een beetje hard en op die manier was het misschien lastig voor de andere deelnemers die geen hulp nodig hadden om zich te kunnen concentreren. Desalniettemin was Trainer B heel **behulpzaam**.

Trainer B gaf **directe aanwijzingen** wat te doen en drukte zich **duidelijk** uit.

Soms las ze uit de handleiding voor zoals bij de uitleg over doelen bij groep ZIEKENHUIS B3 in bijeenkomst twee (4:15min) en ook bij groep ZIEKENHUIS B2 in bijeenkomst drie (47:40min).

Het kwam niet vaak voor, maar één keer moest Trainer B erop letten dat de privégesprekken alleen in de pauze plaatsvonden: "We kunnen in de pauze even de site van hen [van de fysiotherapeuten op internet] opzoeken." (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 34:10min).

Over het algemeen kwam Trainer B, zoals Trainer A, het tijdschema na.

Bij het proberen te helpen van een andere deelnemer stimuleerde Trainer B de andere groepsgenoten om ideeën tot uiting te brengen: "Als jullie wat weten, moeten jullie ook invallen, hoor?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 12:54min), "We zijn hier toch om elkaar te helpen." (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 1:00:05uur).

Voor de rest was ook Trainer B een heel **sympathieke en vriendelijke trainster**.

Ook **de deelnemers van Trainer C** gingen **respectvol** met elkaar om.

Ze onderbraken elkaar niet en waren **geïnteresseerd** in het verhaal van hun groepsgenoten. Ze waren meestal stil en luisterden naar de andere deelnemers, maar ze stelden ook vragen: "Had je de eerste keer het gevoel dat iedereen naar je kijkt?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 12:05min).

De deelnemers vielen elkaar bij en herkenden zich in het verhaal van hun groepsgenoten: "De eerste keer met een rollator naar buiten, dat is echt moeilijk." "Ja, dat is echt een drempel!" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 12:25min).

De deelnemers waren **openhartig** en konden soms ook met de groep lachen, wat de sfeer ten goede kwam (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst 5, eerste helft, 13:06min; ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 17:50min & 39:11min en tweede helft, 29:10min & 51:39min).

De deelnemers stelden de acties van hun groepsgenoten op prijs: "Leuk! Wat een idee!" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 18:17min) en "Ze is in ieder geval goed met bezig geweest he? Dat is natuurlijk ook de bedoeling van deze bijeenkomst." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 8:30min). Voor de rest kwam het elkaar ondersteunen in de groep van Trainer C zelden voor.

Trainer C ging **respectvol** met de deelnemers om.

Ze **waardeerde de acties van de deelnemers**: "Heel goed! Echt heel goed!" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 11:24min), "Wat mooi! Echt! Schitterend! Je bent echt van een creatieve tak." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 18:15min) en "Ik vind echt van dat jullie heel erg gegroeid zijn." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 37:57min).

Trainer C nam **voldoende tijd voor oefeningen** en was **geïnteresseerd in de opgedane ervaringen van de deelnemers**.

Ze was verder niet te dominant.

Trainer C gaf de cursus **richting en structuur** en drukte zich daarbij **duidelijk** uit. Iedereen begreep haar aanpak in één keer en hoefde niet veel vragen te stellen.

Trainer C lette er ook op dat de privégesprekken niet te sterk toenamen en verzocht om stilte als het rumoerig werd: "Ik denk dat we nog even stil moeten zijn voor" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, tweede helft, 53:10min).

Over het algemeen kwam ook Trainer C het geplande tijdschema na.

Trainer C **vroeg haar deelnemers om eigen inbreng** "Wil iemand uit de groep daarop reageren?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 8:25min) als de groep de actieplannen evalueerde.

Tussendoor leek de groepssessie een gesprek (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, tweede helft, vanaf 35:00min en vanaf 53:00min). Toch kwamen gesprekken ook bij Trainer C niet zovaak voor als bij Trainer A.

Trainer C had een heel **rustgevende stem**. Het was leuk naar haar te luisteren. Ze was een heel sympathieke trainer.

Verder had ze de cursus heel mooi afgesloten (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, tweede helft, 54:15min). Ze had iedereen bedankt en had veel lieve woorden voor haar deelnemers.

De deelnemers van Trainer D gingen **respectvol** met elkaar om.

Bij de groep ZIEKENHUIS D1 in de tweede helft van bijeenkomst drie onderbraken ze elkaar wel een keer (9:00min) als ze elkaar wilden aanvullen. Ze praatten allemaal door elkaar heen waardoor het niet echt mogelijk was om iets te verstaan.

Voor de rest waren de deelnemers heel **geduldig**, onderbraken elkaar niet, waren stil en luisterden.

De deelnemers toonden **belangstelling voor hun groepsgenoten** wat bij de groep ZIEKENHUIS D1 in de eerste helft van bijeenkomst vijf (17:45min) duidelijk werd. Ze stelden vragen zoals "Was je dan niet teleurgesteld?" wat interesse liet zien.

Ook toonden de deelnemers **begrip** voor elkaar en vielen ze elkaar bij: "Zoals ik het kan, zo doe ik het." "Ja, dat is waar!" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, tweede helft, 40:39min) en "Alles wat ik wil doen is meestal pijnlijk. En als ik dat van mezelf weet dan doe ik er niets aan." "Precies!" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 7:48min).

Verder was de groep van Trainer D **meer serieus dan informeel**, maar soms konden de deelnemers wel met elkaar lachen zoals bij de groep ZIEKENHUIS D1 in de tweede helft van bijeenkomst drie (10:10min & 46:18min).

De deelnemers ondersteunden elkaar nauwelijks bij het uitproberen van nieuw gedrag. Ze gaven alleen een keer een tip ten opzichte van zwemtherapie en raadden dit een groepsgenoot aan: "Is dat niets voor jou?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 24:35min).

Trainer D was **respectvol** tegenover de deelnemers.

Ze **waardeerde de acties** van hen: "Ik vind het heel moedig van je dat je in ieder geval de stappen hebt ondernomen. Dat was een groot ding voor je." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 5:36min), "Daar heb je al een oplossing bedacht. Heel goed!" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 4:25min), "Fijn dat je dat met ons wil delen." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 5:30min) en "Jullie zijn super leerlingen moet ik zeggen." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 19:45min).

Trainer D was **geduldig** en liet de deelnemers uitpraten. Ze nam voldoende **tijd voor de oefeningen**.

Ze toonde **belangstelling voor de verhalen van de deelnemers** (zie 'doorvragen' en 'kleine aanmoedigingen' bij onderzoeksvraag 3).

Verder was Trainer D altijd **rustig** en begripvol, maar hier wordt later, in de derde onderzoeksvraag, verder op ingegaan. De trainer was niet te dominant.

Trainer D gaf de cursus **structuur** en de deelnemers **directe aanwijzingen** wat te doen. Ze drukte zich daarbij altijd **duidelijk** uit.

Soms las ze ook uit de handleiding voor zoals bij de mentale verbeelding bij groep ZIEKENHUIS D1 in de tweede helft van bijeenkomst drie (0:30min).

Ze lette er ook op dat privégesprekken alleen in de pauze plaatsvonden en verzocht om stilte als het rumoerig werd: "Even luisteren naar" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 31:35min).

Ze kwam zoals de andere drie trainers het tijdschema na.

Trainer D **benadrukte een soort van samenwerking** doordat ze naar eigen inbreng van de deelnemers vroeg. Ze stimuleerde de deelnemers om over zichzelf te vertellen: "Je mag elkaar ook helpen als je dat prettig vindt." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 11:50min), "Of misschien willen jullie met elkaar daar eventjes over in gesprek?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 12:27min), "Misschien hebben andere nog straks ideeën voor een andere manier." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 15:24min) en "Kan iemand ... helpen?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 7:30min).

Trainer D was niet autoritair maar hielp wel actief bij het vinden van een passende strategie.

Ze corrigeerde de deelnemers als die een strategie kozen die niet goed bij hun situatie paste. Ze reageerde erop maar liet de deelnemers eerst zelf proberen een andere, passende strategie te vinden.

Trainer D straalde heel veel rust uit en had een **rustgevende stem**. Ze was heel **vriendelijk en behulpzaam**.

3.3 Onderzoeksvraag 3: gespreksvaardigheden van de trainers

De derde vraagstelling omvatte de gespreksvaardigheden die de trainers tijdens de sessies gebruikten. Er werd dus aandacht besteed aan de vraag of de trainers verschillende gespreksvaardigheden toepasten en hoe ze dit deden.

Er is gebleken dat de trainers veel verschillende gespreksvaardigheden gebruikten, zoals kleine aanmoedigingen, doorvragen en ruimte laten. Ze pasten deze vaardigheden meestal goed toe maar er deden zich soms nog problemen voor bij het stellen van open vragen.

Trainer A gebruikte verschillende gespreksvaardigheden zoals **begrip**. Bij de groep ZIEKENHUIS A3 in de eerste helft van bijeenkomst één reageerde ze op: "Ik zit er ook met een open been. En door de medicijnen kunnen ze heel weinig doen." met "Ja, dat is vervelend voor je." (5:20min). Ook bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één: "Reuma heeft gewoon niks positiefs op mij. Dat is vervelend maar ja dat kun je niet veranderen." "Dat vind ik echt jammer voor je!" (40:31min). In de tweede helft van bijeenkomst vier: "Ja dat is 100% zeker dat hij zo [negatief] zou reageren. Dus ik zou het er absoluut niet met hem over hebben." "Nee, dat kan ik me voorstellen." (23:25min) toonde ze haar begrip. Ze liet dus zien dat ze begreep wat voor de deelnemers lastig was.

Trainer A was heel **attent op de behoeftes van de deelnemers**. Dat werd duidelijk bij de groep ZIEKENHUIS A4 in bijeenkomst één (32:43min): "Als jullie tussendoor de behoefte voelen om even te gaan lopen, dan doe dat maar rustig." Ze benadrukte dit ook nog een tweede keer in deze bijeenkomst (1:55:10uur): "Je mag rustig gaan staan tussendoor of lopen. Gewoon doen!".

Bovendien gebruikte Trainer A **heel veel kleine aanmoedigingen** zoals "hm" en "ja" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, eerste helft, 0:15min & 10:40min & 21:41min, tweede helft, 7:25min & 12:02min & 25:54min; ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 1:00min & 5:58min & 43:45min &

1:28:27uur; ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 4:25min & 14:54min & 37:20min & 50:31, tweede helft, 12:59min & 19:55min, etc.). Op die manier liet ze de deelnemers merken dat ze belangstelling toonde voor hun verhalen en ervaringen. De deelnemers waren hierdoor gemotiveerd om meer te vertellen.

Trainer A vatte de bijdrage van de deelnemers vaak overzichtelijk samen.

Verder gaf Trainer A haar deelnemers **ruimte** - ze gaf hen tijd om te vertellen en ze stuurde de deelnemers niet in een bepaalde richting.

Trainer A **vroeg heel veel door**. Dit liet zien dat ze echt interesse had om meer van haar deelnemers te weten te komen. Opvallend was dat Trainer A bij het doorvragen meestal direct **open vragen** gebruikte waarmee ze twee gespreksvaardigheden met elkaar combineerde. Dit was een heel goede vaardigheid van haar. Er kwamen vragen aan bod als "Wat voor een gevoel speelt er mee?" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 11:43min), "Wat kun je nog meer aan emoties bedenken?" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 14:03min), "Wat hoop je daarvan te leren?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 10:23min), "Hoe wil je daaraan werken?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 26:34min), "Wat moet je veranderen bij jou?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 32:30min) en "Wat zou hij denken van jouw plan?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, tweede helft, 21:49min).

Ten opzichte van de gespreksvaardigheid **'uitleg'** is er bij onderzoeksvraag 2 al iets gezegd. Om het nog even samen te vatten: Trainer A legde de werkwijze, de oefeningen, etc. duidelijk uit en kon ook op verschillende vragen met betrekking tot de cursus precies antwoord geven.

Trainer A hoefde in haar groepen niet te corrigeren. Het leek alsof de deelnemers de oefeningen, het huiswerk, etc. direct hadden begrepen.

Verder motiveerde Trainer A haar deelnemers heel goed om nieuwe gedragingen te proberen: "Je moet proberen de positieve kanten te pakken." (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 19:48min), "Jullie kunnen van elkaar leren!" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 20:06min) en "Wij staan in gedachte allemaal achter jou. Girlpower!" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 42:40min).

Trainer A besteedde **aandacht aan elke deelnemer**. Ze liet niemand tekortkomen. Ze liet iedereen zijn of haar verhaal vertellen, over zijn of haar ervaringen en huiswerk vertellen en ze lette er ook op dat de verlegen deelnemers ook aan de beurt kwamen: "Wat vind jij van de manier, ...?" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 33:35min) of "..., wil jij de volgende zijn?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst vier, eerste helft, 7:02min). Trainer A vroeg vaak in de rondte: "Wie wil beginnen?" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, eerste helft, 10:30min), "Nou wie wil ervan vertellen?" (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 7:15min) en "Zijn er meer mensen die

dit probleem hebben?" (ZIEKENHUIS A4, bijeenkomst één, 1:24:50uur). In de groepen van Trainer A bestond er niet het probleem dat niemand iets wilde vertellen. De deelnemers praatten uit zichzelf en voerden meestal het woord.

Als een vraag niet in de cursus paste, reageerde Trainer A heel rustig en verklaarde: "Dat is eigenlijk een vraag die ik in deze cursus niet wil beantwoorden. Misschien een keer in de pauze. Daar wil ik dan best antwoord op geven." (ZIEKENHUIS A3, bijeenkomst één, tweede helft, 25:02min). Ze verplaatste het gesprek naar de pauze en vergat op die manier de andere deelnemers niet.

Ook **Trainer B** gebruikte verschillende gespreksvaardigheden. Ze liet zien dat ze de situaties van de deelnemers begreep, vooral door **heel veel kleine aanmoedigingen** zoals "hm" en "ja" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 3:45min & 15:20min & 21:01min & 32:52min & 1:14:18uur; ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 10:25min & 24:53min & 1:01:10uur), maar **toonde niet heel veel begrip qua woorden**. Ze toonde heel kort begrip bij de groep ZIEKENHUIS B2 in de bijeenkomst drie (16:35min): "Dan is het moeilijk hoor." "Ja is het ook." en bij de groep ZIEKENHUIS B3 in de bijeenkomst twee (22:07min): "Ik wil graag blijven werken." "Ja 'tuurlijk".

Trainer B vatte heel goed de bijdrage en de plannen of doelen van de deelnemers samen om voor zichzelf maar ook voor de deelnemer de situatie duidelijk in kaart te brengen. "Dus de problemen qua wandelen is dat het alleen maar 10 minuten kan." (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 5:30min). Ook bij de groep ZIEKENHUIS B3 in bijeenkomst twee (23:45min) deed ze dat goed: "Oké, werken is een bedreigde activiteit. Waarom doe je dat? - onderhoud, gezin en om fit te zijn."

Wat betreft het ruimte geven kon Trainer B deze gespreksvaardigheid nog een beetje vergroten.

Trainer B was heel **behulpzaam**. Ze hielp de deelnemers graag bij de oefeningen als ze zelf niet verder kwamen. Ook als ze geen ideeën voor alternatieve acties of mogelijkheden wisten, hielp Trainer B de deelnemers graag vooruit. Ze bood altijd haar steun aan (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 12:00min & 43:00min & 52:00min & 59:32min). Toch deed Trainer B dat vaak een beetje te snel. Ook gaf ze de antwoorden op haar vragen vaak zelf - misschien duurde het haar wat te lang totdat de deelnemers reageerden. Afsluitend vroeg ze wel of de deelnemers het ermee eens waren, maar men kreeg het gevoel dat de deelnemers automatisch 'ja' zeiden. Trainer B was op deze manier **een beetje te dominant** (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 1:00:10uur & 1:05:15 uur). Ze gaf haar deelnemers wel tijd om te vertellen maar stuurde ze in een bepaalde richting. Ze zei bijvoorbeeld: "Maar het hoofddoel is waarom u het uitgaan zo belangrijk vindt." (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 25:18min), maar met deze bewering ging de deelnemer niet helemaal akkoord. Het kwam sowieso vaker voor dat Trainer B eigen ideeën had en deze door **veel gesloten vragen** inbracht.

Dit is een mooi bruggetje naar de volgende gespreksvaardigheden: doorvragen en open vragen stellen. Trainer B **vroeg heel veel door**. Ze liet dus echt interesse zien. Maar toch kon ze niet echt haar eigen

ideeën loslaten en stelde ze veel gesloten vragen: "Klopt dat voor jou gevoel?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 10:02min) en "Heb je nog een tussenstapje of ga je naar je hoofddoel?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 52:00min). Door de gesloten vragen stuurde Trainer B de deelnemers in een bepaalde richting omdat deze meestal instemden en 'ja' zeiden, maar op die manier kwam niet naar voren of ze dat ook echt bedoelden.

De gespreksvaardigheid **'uitleg'** is hiervoor, bij onderzoeksvraag 2, al uitgelegd. Om het nog even samen te vatten: Trainer B legde de werkwijze, de oefeningen, etc. duidelijk uit en kon ook op verschillende vragen met betrekking tot de cursus precies antwoord geven. Trainer B legde bij de groep ZIEKENHUIS B3 in de tweede bijeenkomst de strategieën heel kort uit. In de handleiding staat er 40 minuten voor, maar ze nam er slechts 15 minuten tijd voor (51:25min - 1:07:17 uur). Dat is misschien te kort geweest. Het was niet helemaal goed waar te nemen of de deelnemers dat echt hadden begrepen aangezien ze de tussenvragen niet goed of helemaal niet konden beantwoorden. Vervolgens werden ze heel stil. Het zou kunnen zijn dat ze niets meer durfden te zeggen.

De gespreksvaardigheid corrigeren kwam in de groepen van Trainer B niet aan bod. Het leek alsof de deelnemers de oefeningen, het huiswerk, etc. direct hadden begrepen.

In de beluisterde groepen van Trainer B werd niet opgemerkt hoe ze de deelnemers stimuleerde om nieuwe gedragingen te proberen.

Trainer B besteedde in haar groepen **aandacht aan elke deelnemer**. Ze liet iedereen zijn of haar verhaal doen en over zijn of haar huiswerk, ervaringen, etc. vertellen. Trainer B vroeg vaak vragen in de rondte als "Is het gelukt met het huiswerk?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 0:08min) of "Wie van de dames wil?" (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 24:42min). Ook lette ze erop dat de stille deelnemers aan de beurt kwamen: "Mag ik jou vragen?" (ZIEKENHUIS B3, bijeenkomst twee, 21:28min) of "Wil jij de volgende zijn?" (ZIEKENHUIS B2, bijeenkomst drie, 17:20min).

Trainer C toonde oprecht **begrip**: "Ik kan me heel goed inleven dat je op de één of andere manier een beetje in de drempel lopen moet om die eerste stap te zetten, dat dat best moeilijk is." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 8:48min). Ze liet zien dat ze met de situatie van de deelnemers meevielde.

Ook liet Trainer C door **kleine aanmoedigingen** ("hm", "ja" en "ok") zien dat ze naar de deelnemers luisterde en geïnteresseerd was in hun verhalen. Dat werd duidelijk bij de groep ZIEKENHUIS C1 in de eerste helft van bijeenkomst vijf (3:27min & 9:30min & 14:00min & 19:45min), maar ook in de tweede helft van deze bijeenkomst (0:40min & 2:00min & 5:51min) en bij de groep ZIEKENHUIS C1 in de eerste helft van bijeenkomst zes (2:22min & 7:20min & 12:36min & 24:15min & 34:31) en ook in de tweede helft van deze bijeenkomst (6:45min & 10:10min & 18:32min & 30:55min). Dit zijn

alleen random geselecteerde aanmoedigingen - in feite heeft Trainer C bijna na elk tweede woord van de deelnemers "ja" gezegd.

Verder vatte Trainer C de verhalen en de doelen van de deelnemers duidelijk samen: "Dus eigenlijk heb je nu met een tweede strategie, dit voelde beter." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 5:49min), "Dit was eigenlijk het wandelen aanpassen, hé? Je bent deels tevreden en deels niet want die tweede week was je eigenlijk helemaal niet tevreden." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 18:57min) en "Dus hoofddoel heb je zelfvertrouwen en ontspanning." (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 1:25min).

Trainer C liet de deelnemers deels **ruimte** wat betreft het laten vertellen. Ze liet hen wel tijd om te vertellen maar het viel op dat ze vaak voor de deelnemers praatte en deze dan alleen nog instemden.

Trainer C gebruikte de gespreksvaardigheid '**doorvragen**' heel veel. Dit doorvragen was soms een beetje teveel.

Ze vroeg wel **enkele goede open vragen** zoals "Hoe was dat? Hoe voelde dat?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 3:35min), "Hoe kijk je daar dan op terug?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 12:53min), "Hoe ging dat verder met het uitvoeren van het actieplan?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 4:40min), "Wat zou je bij deze strategie voor acties kunnen doen?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 4:51min) en "Op welke manier zou je dit probleem kunnen oplossen of minder maken?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 6:30min).

Trainer C gebruikte ook **heel veel gesloten vragen** waar de deelnemers meestal alleen met 'ja' of 'nee' antwoordden: "Had je daar nog andere acties bij?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 3:20min), "Heeft dat ook nog wat met je zelfvertrouwen, met je eigen gevoel wat gedaan?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 7:03min), "Wist je man daarvan?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 15:30min) en "Had je dat verwacht?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 21:35min).

Ook noemde Trainer C in de vraag direct **voorbeelden** zodat de deelnemers zelf überhaupt niet meer hoefden na te denken over hun antwoord: "Heb je nog reacties uit de omgeving? Man of kinderen?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 22:00min).

Verder maakte ze het de deelnemers makkelijk door **veel of-vragen** te stellen, zoals "Wat voor een gevoel geeft dat? Goed gevoel of niet?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, eerste helft, 19:09min). Ze begon de vraag heel goed als open vraag maar eindigde in een of-vraag waar de deelnemers weer niet veel eigen inbreng konden opleveren.

Als Trainer C dus open vragen ging stellen, verstoorde ze deze vaak direct weer omdat ze direct daarna voorbeelden of een gesloten vraag inbracht. Op die manier konden de deelnemers niet vrij antwoorden. Men kreeg het gevoel dat Trainer C nog een beetje te **onrustig** was en misschien **stille lastig vond**.

Wat ook opviel is dat Trainer C **haar vragen vaak niet beëindigde**. Ze stopte herhaaldelijk midden in een vraag en verwachtte dan dat de deelnemers wisten wat ze bedoelde. Ook had ze soms een rare woordvolgorde en ze eindigde een zin niet zoals het begin zou laten verwachten. Het einde van de zin paste dus vaak niet bij het begin van de zin.

De gespreksvaardigheid '**uitleg**' is hiervoor, bij onderzoeksvraag 2, al aan bod gekomen. Om het nog even samen te vatten: Trainer C legde de werkwijze, de oefeningen, etc. duidelijk uit en kon ook op verschillende vragen met betrekking tot de cursus duidelijk antwoord geven.

De gespreksvaardigheid corrigeren kwam in de groepen van Trainer C niet aan bod. Het leek alsof de deelnemers de oefeningen, het huiswerk, etc. direct hadden begrepen.

In de beluisterde groepen van Trainer C werd niet duidelijk hoe ze de deelnemers stimuleerde om nieuwe gedragingen te proberen.

Trainer C besteedde **aandacht aan elke deelnemer** en liet iedereen zijn of haar verhaal doen en over zijn of haar ervaringen en huiswerk vertellen. Ze vroeg vaak in de rondte, bijvoorbeeld "Iemand anders nog andere voortekens?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst zes, tweede helft, 7:10min) of "Aan wie mag ik het stokje doorgeven?" (ZIEKENHUIS C1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 13:46min). Er is niet opgemerkt dat ze ook de verlegen deelnemers direct met naam aansprak.

Trainer D maakte goed duidelijk dat ze de situatie van de deelnemers begreep en ook **meevoelde**:

"Maar eigenlijk is daarmee jouw plan mislukt. Jammer, dat dit niet is gelukt op die manier." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 15:20min), "Je mobiliteit is bedreigd door de reuma. Je accepteert het nu. Ik vind het ook wel moeilijk." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 12:40min) en "Mh ik weet wat je bedoelt maar ik zit op het moment in een periode die nergens zin in heeft. Snap je wat ik bedoel?" "Ja dat snap ik ook." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 22:45min). Ze maakte doorgaans gebruik van **veel kleine aanmoedigingen**, zoals de andere drie trainers ook, door "ja", "hm" en "ok" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 3:10min & 7:38min & 13:03min & 17:52min & 32:24min, tweede helft, 2:11min & 9:45min & 35:35min; ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 3:50min & 7:45min & 17:28min, tweede helft, 6:52min & 12:35min & 23:40min & 37:26min & 44:41min, etc.).

Trainer D vatte het gezgde van de deelnemers duidelijk samen: "Je loopt tegen problemen aan." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 3:24min), "Wat je hebt gedaan is je activiteit aangepast, dat huishouden heb je een beetje losgelaten." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 7:36min) en "En eigenlijk heb je weerstand van de omgeving ervaren." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 17:00min).

Bovendien gaf Trainer D de deelnemers veel **ruimte** bij het vertellen. Ze gaf hen voldoende tijd en liet ze daarnaast vrij vertellen, dus stuurde de deelnemers niet in een bepaalde richting.

De trainer gebruikte verder **veel open vragen** bij het **doorvragen** wat twee hele goede vaardigheden van haar waren. Voorbeelden waren "Wat doet dat met jouw gevoel? (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 6:51min), "Als je nu kijkt wat je hebt gedaan, wat doet dat met jouw controle?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 7:11min), "Hoe ging jouw omgeving daarmee om?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 10:26min), "Hoe voelde jij vóór dat je de stap had gezet?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 11:18min), "Wat maakt dat je je klein voelt?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 24:31min), "Wat is een probleem waar je tegen aanloopt?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 3:29min) en "Hoe wil je het probleem gaan oplossen?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, tweede helft, 10:40min).

De gespreksvaardigheid **'uitleg'** is hiervoor, bij onderzoeksvraag 2, al aan bod gekomen. Om het nog even samen te vatten: Trainer D legde de werkwijze, de oefeningen, etc. duidelijk uit en kon ook op verschillende vragen met betrekking tot de cursus duidelijk antwoord geven.

De trainer moest alleen een keer een deelnemer corrigeren die een oefening niet juist had begrepen. Ze deed dat heel **geduldig** en legde het heel rustig, met voorbeelden, nog een keer uit.

Verder moedigde Trainer D de deelnemers aan om nieuwe gedragingen uit te proberen. "Je moet steeds in je leven keuzes maken. Het doel van deze cursus is dat je voelt dat het misschien ook op een andere manier kan." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 8:50min). Ook bij dit citaat werd de **stimulatie** duidelijk: "Zullen we daaraan dan oefenen?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 9:40min).

Verder probeerde ze de deelnemers aan te moedigen om ook thuis de mentale verbeelding verder te oefenen en te gebruiken (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, tweede helft, 45:15min).

Trainer D besteedde **aandacht aan elke deelnemer** en liet iedereen zijn of haar verhaal doen en over zijn of haar ervaringen en huiswerk vertellen. Ze vroeg uitnodigend in de rondte, bijvoorbeeld "Wie wil beginnen met bespreken van het actieplan en van de doelen?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 2:30min) of "Wie wil de volgende zijn?" (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 9:07min). Er is niet opgemerkt dat ze ook de verlegen deelnemers direct met naam aansprak.

Trainer D gaf haar deelnemers de hele tijd **handige tips** als ze niet wisten hoe ze verder moesten gaan: "Wat je straks zou kunnen doen is met dezelfde plan nog een keer aan de gang te gaan met een andere strategie, dat mag, of iets heels nieuws bedenken." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 15:07min).

Verder liep ze tijdens de oefeningen door de kamer en hielp waar hulp nodig was (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, eerste helft, 12:40min).

Ook vroeg ze altijd of alle deelnemers haar begrepen hadden als ze iets had uitgelegd (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 34:10min).

Ook vroeg Trainer D vaak naar de mening van haar deelnemers: "Als jullie een andere mening hebben, dan hoor ik dat graag." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, tweede helft, 19:20min).

Trainer D **ging heel sterk op de behoeftes van de deelnemers in**. Als de deelnemers met de mentale verbeelding bezig waren, merkte ze op dat wat niet helemaal perfect liep: "Ik ga even bij ... zitten want dan hoort die het beter." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie, tweede helft, 27:20min).

Ze maakte verder ook afspraken met een deelnemer voor ná de cursus: "... en dan moet je weer ooit een afspraak met mij maken en dan moet ik kijken of dat allemaal gelukt is." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, eerste helft, 33:48min). Trainer D was heel **gemotiveerd** en steunde haar deelnemers op deze manier heel goed.

Trainer D had de vaardigheid **om de gevoelens van de deelnemers adequaat te reflecteren** (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst drie).

Bovendien kon Trainer D heel **flexibel** op onverwachte moeilijkheden in de cursus reageren. De deelnemers hadden in de vijfde bijeenkomst grote moeilijkheden met het kiezen van alternatieve strategieën. Ze kwamen er niet verder mee. Trainer D heeft hier goed op ingespeeld door te beslissen dat ze slechts één alternatieve strategie mochten kiezen, in plaats van twee. Meer alternatieve strategieën zouden de deelnemers in deze situatie niet kunnen halen. "Wat is het belangrijkste gevoel als je daaraan denkt dat je activiteit bedreigd wordt? Je kunt het niet meer zo doen als je zou willen - wat doet dat met je? En nu moet je weer een strategie gaan kiezen." (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 19:20min). Trainer D was hierbij heel **geduldig**. Men kon opmerken dat ze moeilijkheden bij deze oefening met deze groep had, maar ze bleef zeer **serieus en rustig**. Ze probeerde te helpen waar het mogelijk was. Trainer D gaf haar aandacht bij deze moeilijke oefening aan elke deelnemer een vergat niemand. Voor de deelnemers was het moeilijk iets te bedenken en daarom startte Trainer D een groeps gesprek over mogelijke strategieën (ZIEKENHUIS D1, bijeenkomst vijf, tweede helft, 25:10min).

4 Discussie

4.1 Samenvatting resultaten

Uit de resultaten kwam naar voren dat alle vier de trainers zich over het algemeen aan de handleiding hebben gehouden. In de meeste gevallen kwamen de trainers aan al het materiaal uit de handleiding toe en werd het op de juiste manier aan de deelnemers overgebracht. Ook de inhoud van het protocol werd meestal in de juiste volgorde, zoals in de handleiding omschreven stond, gepresenteerd.

De sfeer tijdens de sessies was veelal veilig, ontspannen en aangenaam. De deelnemers gingen respectvol met elkaar en met de trainers om. Ook bij de trainers was op te merken dat ze begrip, interesse en respect tegenover de deelnemers vertoonden. Ze letten er goed op dat tijdens de bijeenkomsten alle deelnemers aan de beurt kwamen.

De trainers gebruikten veel verschillende gespreksvaardigheden, zoals kleine aanmoedigingen, doorvragen en ruimte laten. Ze pasten deze vaardigheden meestal goed toe, maar er deden zich soms nog problemen voor bij het stellen van open vragen.

4.2 Vraagstelling 1: volgen van het cursusprotocol

Vraagstelling 1 had betrekking op het cursusprotocol. Daarbij ging het om de vraag of alle trainers het cursusprotocol op dezelfde manier volgden. Michie et al. (2009 en 2011) geven aan dat dit nodig is om een replicatie van de interventie mogelijk te maken. Als de trainers ondanks de uitgebreide handleiding het materiaal op een andere manier behandelen, wordt de correcte evaluatie van de uitvoering van de interventie lastig.

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat de trainers er zeer alert op waren de handleiding adequaat te volgen. Ze weken er bijna niet vanaf. Dus in dit geval was een goede evaluatie van de interventie mogelijk. Het is echter de vraag of het strikt volgen van de handleiding altijd de goede manier is. In de groep ZIEKENHUIS D1 in de vijfde bijeenkomst hadden de deelnemers bijvoorbeeld moeilijkheden met het kiezen van alternatieve strategieën. Ze kwamen er niet verder mee. Trainer D heeft hier goed op ingespeeld door te beslissen dat ze slechts één alternatieve strategie mochten kiezen, in plaats van twee. Meer alternatieve strategieën zouden de deelnemers in deze situatie niet kunnen halen. De trainer moest in dit geval flexibel op onverwachte moeilijkheden reageren zodat de cursus verder kon gaan. Als ze de handleiding verder gevolgd zou hebben, zou dit niet meer mogelijk geweest zijn.

Dergelijke situaties maken duidelijk dat, tegenstrijdig met de uitspraken van Michie et al. (2009 en 2011), het afwijken van het cursusprotocol soms de slimste en handigste manier is om de deelnemers steun te bieden en te helpen. Dus in psychosociale interventies is het soms belangrijker om adequaat in te gaan op de deelnemers dan strikt de handleiding te volgen en daarmee de behoeftes van de deelnemers uit het oog te verliezen of te negeren. Als je met mensen te maken hebt, kunnen altijd

onverwachte gebeurtenissen optreden waarvoor je geen handleiding hebt en waar je spontaan en flexibel op moet kunnen reageren. Michie et al. (2009 en 2011) laten niet zien dat ook "in de geest van de handleiding" mag worden gehandeld, maar staan erop dat strikt stap voor stap de handleiding moet worden afgewerkt. Op grond van de bovengenoemde redenen is dit in een psychosociale interventie niet mogelijk. Het strikte volgen van een handleiding bij experimenten kan handig zijn, maar niet bij interventies waarop elke mens anders kan reageren.

Om de 'geest van de handleiding' aan de trainers aan te kunnen leren, zou tijdens de training vooral het doel en de zin van de cursus benadrukt moeten worden. Als de trainers het doel en de zin begrijpen, kunnen ze deze ook aan de deelnemers overbrengen zonder de hele tijd strak op het cursusprotocol te letten. Ze zouden daarnaast de handleiding globaal in hun hoofd hebben om te weten wat er bij benadering aan de beurt moet komen.

4.3 Vraagstelling 2: algemene sfeer tijdens de groepsessies

Vraagstelling 2 had betrekking op de algemene sfeer tijdens de groepsessies. De algemene sfeer wordt door veel verschillende kenmerken bepaald. Bijvoorbeeld iets heel eenvoudigs: mensen zijn geen machines. Mensen hebben goede en slechte dagen en als iemand in een slecht humeur is, zal dat impact op andere mensen hebben. In zo'n groepsbijeenkomst zitten ongeveer zeven mensen en het kan voorkomen dat een iemand slecht gehumeurd is omdat hij of zij iets onplezierigs in de privé-omgeving heeft meegemaakt. Dit heeft consequenties voor de sfeer, vooral als de trainer de persoon is die slecht gehumeurd is.

Ook de vaardigheden van de trainers kunnen een rol spelen bij het creëren van een ontspannen sfeer. Daarop zal later worden ingegaan.

Bij de tweede onderzoeksvraag werd aandacht besteed aan de interacties tussen de deelnemers en aan de omgang van de trainers met de deelnemers. Kassin et al. (2011) stelden dat doordat de deelnemers dezelfde problemen hebben, ze vredig met elkaar om zouden gaan. De interacties tussen de deelnemers zouden dus op een vriendelijke manier verlopen. Dit is ook tijdens de bijeenkomsten gebleken. Door dezelfde problemen zouden de patiënten volgens Kassin et al. (2011) een gevoel van samenhang ervaren waarbij ze met gelijkgezinden over hun situatie konden praten. De deelnemers praatten daadwerkelijk in de bijeenkomsten over hun problematische situaties en ze luisterden actief naar de verhalen van de andere deelnemers. Alleen het elkaar ondersteunen vond niet vaak plaats zoals Kassin et al. (2011) voorspelden. Hoewel de interventie geen concurrentiestrijd was en alle deelnemers dezelfde stand van kennis hadden en iets nieuws leerden, waren ze vooral geneigd om rustig te luisteren en over zichzelf te vertellen. Ze mengden zich nauwelijks in de verhalen van de anderen. De trainers stimuleerden tijdens de sessies de interactie tussen de deelnemers niet voldoende. Deze stimulatie van de groepsinteractie is meer mogelijk en zou eventueel bij de training van de trainers intensiever kunnen worden benadrukt en geoefend. Op die manier is het misschien mogelijk hulp en steun tussen de deelnemers te stimuleren.

Volgens König en Schattenhofer (2006) zijn er vijf dimensies die bepalen hoe de sfeer in een groep is. Uit dit onderzoek blijkt dat de cursus "Doelbewust!" meestal aan de positieve kant van deze dimensies voldeed: ontspanning, harmonie, hoge arbeidsmotivatie van trainers en deelnemers en tevredenheid. Al deze punten kwamen naar voren in de bijeenkomsten. Alleen de dimensie zelfsturing - vreemdsturing, ten opzichte van de relatie tussen de trainer en deelnemers, had invloed op een meer onproductieve sfeer. Tijdens de bijeenkomsten kwam het vaak voor dat trainers de deelnemers, door het stellen van gesloten vragen, in een bepaalde richting stuurden, dus vreemdstuurden. Dat was onproductief omdat de deelnemers op die manier niet hun eigen verhaal en hun eigen mening konden inbrengen en misschien ook niet durfden de trainer tegen te spreken. Op die manier werden de deelnemers vaker gestoord, wat erop neerkwam dat alleen de trainer het gesprek in de sessies leidde. In de training van de trainers zou het stellen van open vragen nog een keer moeten worden behandeld. Met open vragen is het mogelijk de deelnemers hun verhalen zelf te laten sturen. Ze krijgen zo een gevoel van zelfsturing en zullen op grond van opgedaan zelfbewustzijn wellicht nieuwe strategieën en acties ook zonder hulp van de trainer te durven proberen.

Bij de tweede vraagstelling is daarnaast gekeken of de trainers controle over de groep hadden, aanwijzing en structuur gaven maar toch een soort van samenwerking benadrukten. Tijdens de sessies viel het op dat de trainers meestal de samenwerking tussen trainer en deelnemer en tussen de deelnemers zelf benadrukten en niet autoritair en dominant optraden. De deelnemers deden ook meestal actief mee. De samenwerking is dus ook veelal gelukt en de sessies leken vaak eerder een gesprek dan een instructie. Het viel op dat vooral zonder directe leiding en aanwijzingen de groep het tijdschema niet nakwam. De discussies en de privégesprekken kregen zodoende de overhand. Daarom is een gestructureerde procedure en een trainer als gespreksleider nodig om de cursus een cursus te laten zijn.

Uit onderzoek van König en Schattenfeller (2006) blijkt dat een coöperatieve en gelijkwaardige houding van de kant van de trainer een afhankelijk gedrag van de deelnemers kan voorkomen. Het viel op dat hoe moeilijker de inhoud van de cursus werd, hoe afhankelijker de deelnemers van de trainers werden in de zin van oefeningen, strategieën en nieuwe acties bedenken. Ze vertrouwden op de vaardigheden van de trainers. Op grond van deze, in de bijeenkomsten steeds meer opkomende afhankelijkheid, is het twijfelachtig of de deelnemers ook na afloop van de cursus de nieuw aangeleerde strategieën zonder de hulp van de trainer gaan gebruiken. Volgens Melis en Korrelboom (2000) zou deze afhankelijkheid het effect van de interventie kunnen ondermijnen.

Om dit te voorkomen zijn misschien meer bijeenkomsten nodig. Misschien zijn zes bijeenkomsten te weinig om nieuwe patronen in het gedrag van de deelnemers te verankeren. Dit onderzoek liet zien dat er te weinig tijd was om te kunnen oefenen. Er zou misschien meer tijd voor meer oefeningen in de bijeenkomsten moeten zijn om de zekerheid van de deelnemers ten opzichte van nieuwe gedragingen te verankeren zodat ze deze gedragingen ook gaan uitproberen.

4.4 Vraagstelling 3: gespreksvaardigheden van de trainers

Vraagstelling 3 had betrekking op de gespreksvaardigheden die de trainers tijdens de sessies gebruikten en de mogelijke verschillen die tussen de trainers optraden. Volgens Jacobs (2008) zullen de deelnemers zich door het gedrag van de trainers veilig voelen en op die manier oprecht over hun problemen praten. Tijdens het luisteren van de opnames van de bijeenkomsten viel het op dat de deelnemers de trainers snel vertrouwden en daarnaast oprecht over hun eigen situaties praatten.

Dit vertrouwen kwam tot stand doordat de deelnemers voelden dat ze serieus werden genomen. Uit de resultaten kwam naar voren dat de trainers door begrip, kleine aanmoedigingen en het geven van ruimte om over de situatie te vertellen, dit precies konden bereiken.

Zoals verwacht, werd het lastig voor de deelnemers op het moment dat er teveel gesloten vragen door de trainers werden gesteld. Op die manier werden ze niet gemotiveerd en gestimuleerd om verder en meer uit zichzelf te vertellen. Door de gesloten vragen leek het gesprek eerder één-richtingscommunicatie. Ook is het opgevallen dat sommige trainers problemen met stilte hadden. Ze vonden het lastig als de deelnemers niet direct op een open vraag reageerden. Daarom stelden ze vaak snel een gesloten vraag achter een vraag aan om snel een antwoord te krijgen. Dus stilte toelaten en meer open vragen stellen zou met de trainers nog een keer geoefend kunnen worden.

Volgens Lang en van der Molen (2010) moeten de trainers aan elke deelnemer genoeg aandacht besteden en op de behoeftes van elke deelnemer ingaan om de motivatie van hen overeind te houden. Uit de resultaten kwam naar voren dat de trainers er heel goed op hebben gelet dat elke deelnemer aan de beurt kwam en niemand genegeerd werd. Op die manier toonden alle deelnemers steeds aandacht en interesse.

Ook viel het tijdens het luisteren van de opnames op dat de trainers steeds probeerden om de deelnemers bij het realiseren van nieuw opgestelde doelen te stimuleren.

Daarnaast was het de vraag of bij de trainers na enkele sessies een progressie in hun gespreksvaardigheden optrad. Ze begeleidden de hele tijd één groep en gaven daarnaast in enkele weken meerdere bijeenkomsten. Door de toenemende ervaring en het oefenen, zouden de trainers voortgang kunnen maken met hun vaardigheden. Deze vraag was bij dit onderzoek niet echt te beantwoorden omdat slechts enkele sessies zijn beluisterd. Het was dus niet mogelijk om van elke trainer elke sessie te beluisteren om op deze manier achteraf een oordeel over zijn of haar progressie te geven. Daarvoor zijn niet voldoende opnames van elke afzonderlijke trainer beluisterd.

Verder is aan te nemen dat er een samenhang bestaat tussen de vaardigheden waarover een trainer beschikt en de algemene sfeer tijdens een bijeenkomst. Beschikt een trainer niet over vaardigheden, zoals begrip, kleine aanmoedigingen, ruimte laten, open vragen stellen etc., dan voelen de deelnemers zich niet serieus genomen en hebben ze geen gevoel van veiligheid in de groep. Dit belemmert het succes van de interventie. De deelnemers zijn bang of hebben geen motivatie om mee te doen. Zoals hiervoor genoemd beïnvloeden niet alleen de vaardigheden van de trainer de algemene sfeer, maar ook de sfeer in de groep bepaalt het gedrag van de trainer. Als de trainer over de beste

vaardigheden beschikt maar de deelnemers geen zin hebben om mee te doen of slecht gehumeurd zijn, dan is het voor de trainer moeilijk om zijn vaardigheden op de juiste manier toe te passen. Het is een wisselwerking tussen deze twee componenten, dus tussen de vaardigheden van de trainer en de algemene sfeer in de groep. Het is belangrijk om een verband te leggen tussen deze twee componenten maar deze ook tegelijk als twee verschillende onderzoeksvragen te analyseren, omdat ze allebei een belangrijke bijdrage aan het verloop van de bijeenkomsten leveren. De sfeer wordt niet alleen door de gespreksvaardigheden van de trainers bepaald maar ook door de onderwerpen die in de tweede onderzoeksvraag werden geanalyseerd, zoals de interacties tussen de deelnemers en trainers en tussen de deelnemers onderling, het benadrukken van samenwerking maar tegelijk ook het geven van structuur, het bewaren van gelijkwaardigheid, etc. Ook het gebruik van de gespreksvaardigheden van de trainers wordt niet alleen door de algemene sfeer in een bijeenkomst beïnvloed, maar ook door de capaciteiten die een trainer heeft. Dit betekent dat het geruiken van de gespreksvaardigheden er ook van afhangt hoeveel de trainers deze hebben geoefend en hoe sterk ze deze in hun taalvermogen hebben verankerd.

4.5 Beoordeling onderzoek en aanbevelingen interventie

Dit onderzoek had zowel voor- als nadelen. Het was een voordeel om audioopnames voor het opnemen van de bijeenkomsten te gebruiken. Zonder dat de deelnemers het gevoel hadden dat ze werden geobserveerd en dat dit achteraf misschien beoordeeld werd, zoals dit bij een videocamera het geval zou zijn, gedroegen de deelnemers zich zoals ze ook in hun eigen omgeving zouden doen (Kuhlen et al., 2013). De algemene sfeer zou met een videocamera gespannen zijn, niet meer 'werkelijk'. Het nadeel van audioopnames was dat het bij het analyseren van de bijeenkomsten niet mogelijk was om ook de visuele informatie erbij te betrekken. Dat betekent dat het niet mogelijk was om de gebaren, de mimiek, etc. te zien en in de analyse te verwerken. De analyse was alleen gebaseerd op audioopnames, dus op wat gezegd werd en hoe het gezegd werd (Kuhlen et al., 2013). Soms zou het in dit onderzoek interessant geweest zijn om te *zien* hoe de deelnemers en de trainers sommige uitspraken bedoelden. Alleen op basis van audioopnames was het soms moeilijk de uitspraken met zekerheid te interpreteren omdat ten eerste geen verband tussen de uitspraken en de visuele signalen gelegd kon worden en ten tweede niet alle deelnemers altijd goed te verstaan waren. Daarentegen was het ook zonder de visuele informatie mogelijk de drie onderzoeksvragen te beantwoorden en op basis van de audioopnames een goed overzicht van het verloop van de bijeenkomsten te krijgen.

Zoals eerder aangegeven was het soms moeilijk om alle deelnemers goed te verstaan, vooral de deelnemers die achteraan in het lokaal zaten. Ze waren soms onduidelijk te horen, vooral als ze een zachte stem hadden of mompelden. Omdat Nederlands niet de moedertaal van de onderzoekster is, had ze het daarnaast wel eens moeilijk met het juist begrijpen van enkele uitspraken als sommige woorden niet bekend waren. Over het algemeen was het daarentegen wel mogelijk een goede indruk van de sessies te krijgen.

In de toekomst zou de trainers geleerd kunnen worden hoe om te gaan met audioopname apparaten. Het kwam herhaaldelijk voor dat de trainers te laat waren begonnen met het opnemen van de sessies, dat de accu van het apparaat leeg was en dat ze niet wisten welke toetsen ze moeten indrukken om het apparaat weer uit te zetten. Dat zou tijdens de training van de trainers een keer geoefend kunnen worden.

Ondanks het coderingsschema was dit onderzoek niet helemaal objectief. Het coderingsschema en dus de codes waren allemaal toegekend door één onderzoeker, er was dus geen controle door andere onderzoekers. Het is dus goed mogelijk dat een andere onderzoeker een ander schema zou hebben opgesteld. Dit onderzoek was gebaseerd op subjectieve inschattingen omdat slechts één onderzoeker heeft beslist wat voor uitspraken van de deelnemers en trainers in het schema werden opgenomen. Het zou kunnen dat een andere onderzoeker andere uitspraken voor de analyse zou hebben gekozen. Het zou handig zijn om op basis van het opgestelde coderingsschema een andere onderzoeker de audioopnames te laten beluisteren en analyseren. In dit geval kan de inter-observatorbetrouwbaarheid worden geanalyseerd. Door de vergelijking van beide resultaten is het mogelijk te controleren of de conclusies betrouwbaar zijn. Komt de tweede onderzoeker tot andere waarnemingen en interpretaties, dan is het nodig die met hem te bespreken, de opnames nog een keer te beluisteren en te kijken of het nodig is de eerste resultaten misschien aan te passen. Als de resultaten over het algemeen gelijk zijn, wijst dit op betrouwbaarheid. Ondanks het feit dat het coderingsproces niet gecontroleerd is door een andere onderzoeker, heeft de onderzoekster op grond van de nieuwe thema's die tijdens het luisteren naar de opnames naar voren kwamen en aan het coderingsschema moesten worden toegevoegd, sommige audioopnames nog een keer beluisterd. Bij het herluisteren van deze opnames heeft de onderzoekster gecontroleerd of ze dezelfde uitspraken nog een keer voor de analyse zou hebben gekozen. Dus door na enige tijd later dezelfde gegevens nog eens te bekijken, werd de intra-observatorbetrouwbaarheid gecheckt. Er is gebleken dat in dit onderzoek een hoge intra-observatorbetrouwbaarheid bestaat wat de consistentie van de observaties bevestigde.

Eén van de sterke punten van deze studie was dat door de citaten een heel duidelijk beeld is verkregen van het verloop van een groepsbijeenkomst. Door letterlijk te laten zien wat gezegd werd, was het makkelijker de resultaten te begrijpen. De citaten ondersteunden het betoog en verhelderden de argumentatie. Ook verhoogden de citaten de validiteit van dit onderzoek, omdat op die manier bewezen kon worden dat het betoog klopte.

Deze studie gaf daarnaast meer inzicht in de interventie "Doelbewust!". Het viel op dat de vijfde bijeenkomst voor de deelnemers maar ook voor de trainers het lastigste was. In de vijfde bijeenkomst ging het erom dat er twee alternatieve strategieën, aanvullend op de eerste voorkeur van de deelnemers, werden gekozen. Het was moeizaam voor de deelnemers andere mogelijke acties te bedenken. Het ontbrak vaak een beetje de creativiteit. Maar ook de trainers hadden moeilijkheden om de deelnemers bij het zoeken naar nieuwe strategieën en activiteiten te ondersteunen. Het leek alsof de trainers wat fantasieloos waren. Door een groepsgesprek of mindmapping met de hele groep, was het

toch mogelijk minstens één alternatieve strategie te bedenken en vervolgens te kiezen. Door deze studie konden dus de problematische punten van de cursus worden vastgesteld, die nu veranderd of verbeterd zouden kunnen worden.

Ook leverde dit onderzoek een bijdrage aan de kennis over goalmanagement. Zoals in de inleiding werd aangegeven, kwam tijdens het luisteren van de audioopnames naar voren dat de deelnemers veel van de voor hen zelf belangrijke doelen op grond van polyarthritis niet meer konden bereiken. Door pijn en de grote vermoeidheid moesten ze veel gewoontes in hun leven veranderen waarmee de één beter dan de ander om kon gaan. Het potentieel om zich aan de ziekte aan te passen, verschilde dus sterk bij de deelnemers. Dit fenomeen was bijvoorbeeld bij het kiezen van de verschillende doelmanagementstrategieën te zien. Meestal werden bij voorkeur de strategieën "Doelen vasthouden" en "Doelen aanpassen" gekozen. De strategieën "Doelen loslaten" en "Nieuwe doelen vinden" werden meestal vermeden of genegeerd. In de vijfde bijeenkomst waarbij de deelnemers twee alternatieve strategieën moesten kiezen, aanvullend op de strategie die ze voor het actieplan hadden gekozen, ervoeren de deelnemers veel moeite met het toepassen van "Doelen loslaten" of "Nieuwe doelen vinden". Het was lastig om van oude gewoontes af te wijken en los te laten, hoewel de deelnemers eigenlijk wisten dat het op grond van hun reuma niet verder konden met deze activiteiten. Uit dit onderzoek blijkt dat oudere mensen graag aan bekende acties of zaken vasthouden omdat deze in het verleden altijd goed hebben gewerkt. Ze lijken bang te zijn voor nieuwe dingen waarvan de consequenties, positief of negatief, nog onbekend zijn. Het viel op dat iets jongere deelnemers flexibeler met veranderingen konden omgaan.

Door dit onderzoek werd verder duidelijk dat het niet noodzakelijk is om opgeleide psychologen als trainers c.q. gesprekleiders voor deze interventie in te zetten. De verpleegkundigen verrichtten heel goed werk. Ze waren in staat zich in te kunnen leven in de belevingswereld van de deelnemers, ze hadden begrip voor hun problematische situaties en hadden daarnaast goede banden met de deelnemers. Als de trainers de drie verschillende houdingen van Rogers (empathie, onvoorwaardelijke positieve waardering en echtheid) hebben geïnternaliseerd, geeft dat het fundament voor een goede trainer-deelnemer relatie. Hoewel de cursus geen therapie is, zijn ook therapeutische vaardigheden van belang. De training vooraf is noodzakelijk om de belangrijkste therapeutische vaardigheden, die nodig zijn voor deze cursus, te leren kennen. Een positieve houding tegenover de deelnemers in combinatie met de aangeleerde therapeutische vaardigheden zal tot een effectieve interventie leiden.

Door de training vooraf de groepsbijeenkomsten werden de trainers handige vaardigheden aangeleerd die het verloop van de bijeenkomsten prettiger en op de één of andere manier mogelijk effectiever maakten. Op grond van de resultaten wordt er voorgesteld om in de training conversaties tussen deelnemers en trainers te reconstrueren en daarbij vooral het toelaten van stilte en het stellen van open vragen te oefenen. Ook wordt er aangeraden om te proberen om met de trainers mogelijke strategieën en acties te bedenken als de deelnemers tijdens de sessies niet vooruitkomen. Op die manier kunnen de

trainers effectief steun bieden. Verder is het van belang met de trainers de stimulatie van de groepsinteractie intenser uit te werken en te oefenen waarmee het misschien mogelijk is om bieden van hulp en steun tussen de deelnemers te stimuleren. Dures en Hewlett (2012) stellen daarnaast dat het van belang is om de trainers sommige technieken aan te leren zoals 'motivational interviewing', wat betekent dat de trainers te weten komen wat de patiënt motiveert om zijn of haar gedrag te veranderen. Deze kennis wordt teweeg gebracht door verschillende vaardigheden zoals empathisch luisteren, open vragen stellen, feedback geven en weerstand op een niet afgekeurde en niet geconfronteerde manier te benaderen. Ook de techniek 'goal setting' helpt de deelnemers te motiveren hun gedragingen te veranderen. Hierbij is het belangrijk dat trainer en deelnemer samen doelen opstellen en deze SMART formuleren, dus specifiek (specific), meetbaar (measureable), haalbaar (achievable), realistisch (realistic) en tijdgebonden (time-limited). Het is belangrijk dat de deelnemers ervan overtuigd zijn het doel te kunnen bereiken (Dures en Hewlett, 2012).

De interventie zou kunnen worden verbeterd doordat, zoals in paragraaf 4.2.2 al gezegd is, meer tijd voor oefeningen in de bijeenkomsten te nemen, om er zeker van te zijn dat de deelnemers de nieuwe gedragingen verankeren en deze gedragingen ook gaan uitproberen. Mogelijk zijn zes bijeenkomsten een beetje te weinig om nieuwe patronen in het gedrag van de deelnemers te verankeren.

4.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Het viel op dat er verschillen bestaan tussen de trainers wat betreft het gebruik van verschillende gespreksvaardigheden. Dit zou mogelijk invloed kunnen hebben op het verloop van de groepsbijeenkomst. In hoeverre dit verschil invloed heeft op een bijeenkomst zou in een vervolgonderzoek kunnen worden onderzocht.

Daarnaast wordt er aangeraden om in een vervolgonderzoek ook de gespreksvaardigheid 'gevoel reflecteren' in het coderingsschema op te nemen, omdat de deelnemers van de cursus heel emotioneel kunnen worden als er over beperkingen, teleurstellingen, etc. wordt gepraat. De trainers zouden in staat zijn om daarmee om te gaan. 'Gevoel reflecteren' is in dit onderzoek niet te vinden omdat te laat is opgevallen dat deze gespreksvaardigheid in het coderingsschema ontbrak en daardoor niet bij de analyse is betrokken.

Het is verder aan te raden dat één of meerdere onderzoekers met meer tijd dit onderzoek nog eens uitvoert. Bij dit onderzoek was het voor één onderzoeker in het bepaalde tijdbestek niet mogelijk naar alle audioopnames te luisteren omdat deze te lang waren en het heel veel tijd kostte om alles te analyseren. Op basis van dit onderzoek konden in grote lijnen de bijeenkomsten worden beoordeeld. Dit zou met meer tijd nog nauwkeuriger kunnen gebeuren. Ook zou het met meer tijd c.q. meerdere onderzoekers mogelijk zijn om mogelijke progressies van de trainers vast te stellen.

4.7 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe de groepssessies bij de interventie "Doelbewust!" verlopen. Door het beluisteren naar de audioopnames van de bijeenkomsten is dit inzicht verkregen. Er is gebleken dat de sessies over het algemeen heel positief verlopen. De sfeer was meestal ontspannen, de deelnemers en de trainers konden goed met elkaar overweg en de sessies liepen volgens het vastgestelde protocol. Goede gespreksvaardigheden zorgden voor een rustig verloop van de cursus.

Concluderend kan er worden gezegd dat het heel zinvol en nuttig was om zo'n analyse tijdens de conceptfase uit te voeren. Op grond van deze analyse kunnen de nadelige factoren van de interventie vastgesteld en veranderd worden en op die manier worden ze niet geïmplementeerd en op grote schaal herhaald. Bovendien kwamen er nieuwe onderwerpen naar boven die, door het uitvoeren van vervolgonderzoek, tot nieuwe inzichten zouden kunnen leiden.

5 Referenties

- Arends, R.Y. et al. (2013). A goal management intervention for polyarthritis patients: rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14:239.
- Arends, R.Y. et al. (2013a). The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 130-138.
- Bode, C., & Arends, R.Y. (2013). Optimale ontwikkeling, persoonlijke doelen en zelfregulatie, 139-152. In: *Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). Handboek Positieve Psychologie – Theorie, Onderzoek, Toepassingen. Amsterdam: Uitgeverij Boom.*
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22(1), 117-150.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 59(2), 192-198.
- Dokterdokter.nl. *Reumatoïde artritis*. Verkregen op 4 oktober, 2013, van <http://www.dokterdokter.nl/aandoening/32385/reumato-de-artritis-reuma>
- Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G.E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*, 30(6), 763-770.
- Dures, E., & Hewlett, S. (2012). Cognitive-behavioural approaches to self-management in rheumatic disease. *Nature Reviews Rheumatology*, 8, 553-559. doi:10.1038/nrrheum.2012.108
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Evers, A.W.M. et al. (1997). Determinants of Psychological Distress and its Course in the First Year after Diagnosis in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(5), 489-504.
- Griffith, J., & Carr, A. (2001). What is the impact of early rheumatoid arthritis on the individual? *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 15(1), 77-90.
- Jacobs, G. (2008). De therapeutische setting. Rationeel-emotieve therapie. doi: 10.1007/978-90-313-6564-7_4
- Kassin, S. et al. (2011). *Social psychology*. Belmont: Wadsworth.
- König, O., & Schattenhofer, K. (2006). Einführung in die Gruppendynamik. Heidelberg: Carl-Auer.

- Kuhlen, R., Semar, W., & Strauch, D. (2013). *Grundlagen der praktischen Information und Dokumentation*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Lang, G., & Molen, H. T. van der (2010). *Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Soest: H. Nelissen.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 234-247.
- Melis, P. M. L., & Korrelboom, C. W. (2000). Persoonlijkheidsproblematiek en therapeutische interactie. *Psychopraxis*, 02, 32-39.
- Michie, S. et al. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. doi: 10.1186/1748-5908-4-40
- Michie, S. et al. (2011). Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behaviour change interventions: a study protocol. *Implementation Science*, 6:10.
- Reumafonds (2012). *Alles over Reuma*. Verkregen op 12 september, 2013, van <http://www.reumafonds.nl/reuma/feiten-over-reuma>
<http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill, 184-256.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review* 32, 416-429.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Scott, D., Smit, C., & Kingsley, G. (2005). What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 19(1), 117-136.
- World Health Organization (2013). *Chronic Diseases*. Verkregen op 12 september, 2013, van http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- Wrosch, C., & Scheier, M.F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.
- Wrosch, C., Scheier, M.F., Carver, C.S., & Schulz, R. (2003a). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity*, 2(1), 1-20.

6 Bijlage: Coderingsschema

Onderzoeksthema	Code	Bewijs	Tijd	Citaat	Opmerkingen
1) Is er in de bijeenkomst aan al het materiaal uit de handleiding toegekomen?	<ul style="list-style-type: none"> • ja 				
	<ul style="list-style-type: none"> • nee 	<ul style="list-style-type: none"> • oefeningen • uitleg • feedback • voorbeelden • huiswerk • overige: 			
1) Wordt de inhoud van het protocol in de juiste volgorde, zoals in de handleiding staat geschreven, gepresenteerd?	<ul style="list-style-type: none"> • ja 				
	<ul style="list-style-type: none"> • nee 	<ul style="list-style-type: none"> • inhoud van een bijeenkomst wordt in een andere bijeenkomst gepresenteerd • verschillende inhouden van één bijeenkomst worden in een ander volgorde behandeld 			
1) Leggen de trainers van de groepsbijeenkomsten de instructies en oefeningen op de juiste manier uit?	<ul style="list-style-type: none"> • ja 	<ul style="list-style-type: none"> • de trainers leggen de oefeningen <u>juist</u> uit • de trainers kunnen vragen van de deelnemers adequaat beantwoorden 			
	<ul style="list-style-type: none"> • nee 	<ul style="list-style-type: none"> • de trainers leggen de oefeningen niet juist uit • de trainers kunnen vragen van de deelnemers niet beantwoorden of beantwoorden deze fout 			
1) Vragen de deelnemers naar meer informatie over andere dingen die eigenlijk	<ul style="list-style-type: none"> • ja 				
	<ul style="list-style-type: none"> • nee 				

niet toe de cursus behoren zoals ergotherapeutische en medische informatie?					
2) Hoe gaan de deelnemers met elkaar om?	<ul style="list-style-type: none"> • respectvol ↔ onheus 	<ul style="list-style-type: none"> • ze geven gemene of spottende commentaren • ze lachen elkaar niet / wel uit • ze respecteren de problemen van anderen / stellen zich zelf centraal • ze zien de problemen van anderen als niet erg en niet belangrijk 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ongeduldig ↔ geduldig 	<ul style="list-style-type: none"> • ze onderbreken elkaar (niet) • willen de zinnen van de anderen afmaken • roepen op om sneller de dingen tot hun essentie te brengen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ongeïnteresseerd ↔ geïnteresseerd 	<ul style="list-style-type: none"> • praten met andere deelnemers terwijl een deelnemer iets vertelt/zijn stil en luisteren • stellen vragen • nemen (niet) serieus wat een andere zegt 			
	<ul style="list-style-type: none"> • grapjes makend ↔ ernstig 	<ul style="list-style-type: none"> • kunnen over zich zelf lachen • lachen met de groep/lachen niet 			
	<ul style="list-style-type: none"> • openhartig ↔ terughoudend 	<ul style="list-style-type: none"> • tonen (geen) begrip • ze vallen elkaar bij • ze erkennen 			

		zich in verhaal van een ander deelnemer en brengen dit tot uiting			
2) Hoe gaan de trainers met de deelnemers om?	<ul style="list-style-type: none"> • respectvol ↔ onheus 	<ul style="list-style-type: none"> • de trainer geeft (geen) gemene en spottende commentaren • hij waardeert acties van de deelnemers • hij lacht de deelnemers (niet) uit 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ongeduldig ↔ geduldig 	<ul style="list-style-type: none"> • laat de deelnemers (niet) uitpraten (-> 'ruimte laten') • wil de zinnen van de deelnemers afmaken • roept op om sneller de dingen tot hun essentie te brengen • onderbreekt de oefening hoewel nog niet alle deelnemers aan de beurt waren / neemt voldoende tijd voor oefeningen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ongeïnteresseerd ↔ geïnteresseerd 	<ul style="list-style-type: none"> • negeert de problemen van de deelnemers en stapt erover heen, gaat zonder bespreking verder • stelt (geen) vragen (-> 'doorvragen') • geeft kleine aanmoedigingen (-> 'kl. aanmoedigingen') 			

	<ul style="list-style-type: none"> • openhartig terughoudend ←→ 	<ul style="list-style-type: none"> • steunend / onverschillig 			
	<ul style="list-style-type: none"> • rustig en begrijpend 	<ul style="list-style-type: none"> • toont begrip (-> 'begrip') • reageert adequaat als b.v. iemand begint te huilen • reageert adequaat als b.v. iemand driftig wordt • wordt niet hectisch 			
	<ul style="list-style-type: none"> • te sturend / suggestief 	<ul style="list-style-type: none"> • de trainer praat deelnemers problemen aan • houdt niet rekening met verhaal van deelnemers maar volgt alleen zijn oordeel 			
2) Hoe ondersteunen de deelnemers elkaar bij het uitproberen van nieuw gedrag en de nieuwe strategieën?	<ul style="list-style-type: none"> • helemaal niet 				
	<ul style="list-style-type: none"> • ze motiveren elkaar 	<ul style="list-style-type: none"> • ze brengen eigen voorbeelden waarbij het al gelukt is ("jullie kunnen dat ook!") 			
	<ul style="list-style-type: none"> • waardering 	<ul style="list-style-type: none"> • ze stellen de acties van andere deelnemers op prijs 			
	<ul style="list-style-type: none"> • geruststellen 	<ul style="list-style-type: none"> • ze proberen andere deelnemers tot rust te brengen als ze verdrietig zijn 			
	<ul style="list-style-type: none"> • geven elkaar handige tips 				
2) Hoe geven de trainers aanwijzing en structuur?	<ul style="list-style-type: none"> • helemaal niet 				
	<ul style="list-style-type: none"> • ze geven directe aanwijzingen wat te doen is 	<ul style="list-style-type: none"> • ze lezen uit de handleiding voor • ze drukken zich duidelijk uit (-> 'uitleg') 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ze komen het tijdschema na 				

	<ul style="list-style-type: none"> • ze letten erop dat privé gesprekken alleen in de pauzes plaatsvinden 	<ul style="list-style-type: none"> • verzoeken om stilte als het rumoerig wordt • ze verwijzen naar de pauzes 			
2) Hoe benadrukken de trainers samenwerking met de deelnemers?	<ul style="list-style-type: none"> • helemaal niet 				
	<ul style="list-style-type: none"> • vragen naar eigen inbreng van de deelnemers 	<ul style="list-style-type: none"> • stimuleren om van zich zelf te vertellen/uit te proberen, ook zonder oproep 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ze zijn niet autoritaire en dominant 	<ul style="list-style-type: none"> • ze laten de deelnemers ruimte om voor zich de best werkende strategie te vinden • geven niet te veel aanwijzingen • ze zijn alleen een coach en helpen bij vragen 			
3) Wat voor gespreksvaardigheden gebruiken de trainers?	<ul style="list-style-type: none"> • begrip 	<ul style="list-style-type: none"> • duidelijk maken dat de trainers de situatie van de deelnemers begrijpen en meevoelen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • samenvatten 	<ul style="list-style-type: none"> • hij vat het gezegde en de plannen/doelen van deelnemers overzichtelijk samen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • kleine aanmoedigingen 	<ul style="list-style-type: none"> • "hm", "ja", "en toen?", "ga verder" etc. 			
	<ul style="list-style-type: none"> • ruimte laten 	<ul style="list-style-type: none"> • tijd laten om te vertellen • vrij laten vertellen, niet in een bepaalde richting sturen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • doorvragen 	<ul style="list-style-type: none"> • verder navragen (als de trainer niet alles heeft begrepen) 			

	<ul style="list-style-type: none"> • open vragen 	<ul style="list-style-type: none"> • vragen stellen waar de deelnemers niet alleen met ja of nee kunnen antwoorden 			
	<ul style="list-style-type: none"> • uitleg 	<ul style="list-style-type: none"> • de aanpak van de cursus precies verklaren • antwoord op verschillende vragen uitleggen • werkwijze, oefeningen etc. duidelijk uitleggen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • corrigeren 	<ul style="list-style-type: none"> • verbeteren als iets fout is begrepen of opgevat 			
	<ul style="list-style-type: none"> • stimulatie 	<ul style="list-style-type: none"> • motiveren en aanmoedigen om nieuwe gedragingen uit te proberen 			
3) Hoe besteedt de trainer aandacht aan elke deelnemer?	<ul style="list-style-type: none"> • hij besteedt niet aan iedereen aandacht 				
	<ul style="list-style-type: none"> • hij laat iedereen zijn verhaal vertellen 	<ul style="list-style-type: none"> • hij nodigt uit om te vertellen 			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij laat iedereen van zijn ervaringen, huiswerk etc. vertellen 	<ul style="list-style-type: none"> • hij vraagt in de rondte 			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij let er op dat ook de stille en verlegen deelnemers aan de beurt komen 	<ul style="list-style-type: none"> • hij spreekt deze mensen direct met naam aan 			
3) Hoe gaat de trainer met de behoeftes van de deelnemers om?	<ul style="list-style-type: none"> • helemaal niet 				
	<ul style="list-style-type: none"> • hij richt zijn hele aandacht aan deze deelnemer tijdens de cursus en verwaarloost de anderen deelnemers 	<ul style="list-style-type: none"> • hij praat alleen nog met de betrokken deelnemer • de andere deelnemers hebben niets te doen en moeten alleen 			

		luisteren en afwachten			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij verplaatst het gesprek naar de pauze 	<ul style="list-style-type: none"> • hij toont begrip en merkt dat een probleem bestaat maar verduidelijkt dat dit onderwerp nu niet in de cursus past • hij bied aan om in de pauze met de betrokken deelnemer verder erover te praten 			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij ziet de behoefte niet als probleem en gaat er niet verder op in 	<ul style="list-style-type: none"> • hij negeert de behoefte en gaat verder met zijn thema 			
3) Hoe reageert de trainer op 'buiten de cursus om'-vragen?	<ul style="list-style-type: none"> • helemaal niet 	<ul style="list-style-type: none"> • hij negeert de vraag en gaat gewoon verder 			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij legt de antwoord op de vraag uit 	<ul style="list-style-type: none"> • hij legt de antwoord even kort uit en gaat dan verder • hij legt de antwoord duidelijk uit en neemt er tijd voor 			
	<ul style="list-style-type: none"> • hij toont begrip voor eventuele bezwaren 	<ul style="list-style-type: none"> • hij bewaart rust en verklaart nog een keer wat dit precies voor een cursus is en wat deze voor een doel heeft 			
Wat valt verder nog op?					