
BACHELORTHESE

Compensatieopvattingen en de relatie met ongezond leefstijl gedrag.

Student: Carl Middelkoop
Studentnummer: s1124188
Faculteit/Opleiding: GW/Psy
Begeleiders:
Dr. P.M. ten Klooster
Dr. M.E. Pieterse

UNIVERSITEIT TWENTE.

0.0 Samenvatting

Bij gedragskeuzes maken mensen soms gebruik van compensatieopvattingen, deze opvattingen zijn gebaseerd op overtuigingen van mensen dat bepaald gedrag gecompenseerd kan worden door ander gedrag. Een voorbeeld van een compensatieopvatting is bijvoorbeeld dat 4x een trap op en af lopen kan compenseren voor niet naar de sportschool gaan. Wat mogelijk van invloed zou kunnen zijn is of mensen intern of extern georiënteerd zijn op het gebied van gezondheid.

De compensatieopvattingen en -gedragingen zijn door middel van een longitudinaal survey onderzoek over 2 weken onderzocht. De respondenten waren voornamelijk wetenschappelijk opgeleide studenten. De longitudinale opzet van dit onderzoek was explorierend en gaf meer inzicht op het gebied van compensatieopvattingen, compensatiegedrag en de interne of externe attributies van mensen op het gebied van lichaamsbeweging en gezondheid.

Compensatieopvattingen en -gedrag bleken stabiel te zijn over een tijdsspanne van 2 weken. Daarnaast kwam naar voren dat mensen aanzienlijk minder compensatiegedrag rapporteren dan -opvattingen, hieruit blijkt dat een compensatieopvatting niet direct hoeft te resulteren in het uitvoeren van compensatiegedrag. Verder blijken externe attributies op het gebied van gezondheid geen invloed te hebben op het uitvoeren van compensatiegedrag. Interne attributies op het gebied van gezondheid hebben een lichte invloed op het uitvoeren van compensatiegedrag.

Abstract

Sometimes people make use of compensatory health beliefs in order to make different choices in their behaviour. These compensatory health beliefs are based on the beliefs people have that their behaviour can be compensated by other behaviour in regards to their physical activities. An example of a compensatory health belief could be that taking the stairs four times can compensate for not going to the gym. A possible influence on this compensatory health beliefs and -behaviour could be the internal or external orientation of people with regards to their health.

Compensatory health beliefs and -behaviour are researched with a longitudinal study with a time span of 2 weeks. The participants were almost all undergraduate students from the University of Twente. It was an exploratory study to give more insight about the several constructs; compensatory health beliefs, compensatory health behaviour, internal and external attribution that people make with regards to physical activity and health.

Compensatory health beliefs and -behaviour appeared to be stable over a time span of two weeks. Next to this, people reported significantly less compensatory health behaviour than compensatory health beliefs. It seems that having compensatory health beliefs doesn't have to result in an equal amount of compensatory health behaviour. Furthermore internal and external attribution wasn't significantly influencing the compensatory health behaviours of respondents. It seems that only internally focused people appeared to develop more compensatory health behaviour with regards to their compensatory health beliefs.

Inhoudsopgave:

0.0 <u>Samenvatting</u>	blz. 2
<u>Abstract</u>	blz. 3
1.0 <u>Inleiding</u>	blz. 5
2.0 - <u>Methode</u>	blz. 9
- 2.1 Opzet van het onderzoek	blz. 9
- 2.2 Proefpersonen	blz. 9
- 2.3 Meetmoment 1	blz. 9
o 2.3.1 MHLC schaal	blz. 10
o 2.3.2 CHB schalen	blz. 10
o 2.3.3 TPB vragen	blz. 11
- 2.4 Meetmoment 2	blz. 11
- 2.5 Analyse methode	blz. 11
3.0 - <u>Resultaten</u>	blz. 12
- 3.1 Algemene gegevens respondenten	blz. 12
- 3.2 Meetmoment 1	blz. 12
o 3.2.1 CHB schalen betrouwbaarheid	blz. 12
o 3.2.2 MHLC schaal	blz. 12
- 3.3 Meetmoment 2	blz. 13
o 3.3.1 CHB schalen betrouwbaarheid	blz. 13
- 3.4 Longitudinale resultaten	blz. 14
4.0 - <u>Discussie</u>	blz. 17
- 4.1 Omzetting compensatieopvattingen naar compensatiegedrag	blz. 17
- 4.2 Health locus of control en compensatiegedrag	blz. 19
- 4.3 Conclusies, wetenschappelijke bijdrage en verbeterpunten	blz. 19
5.0 - <u>Literatuurlijst</u>	blz. 21
6.0 - <u>Appendix A</u>	blz. 23
7.0 - <u>Appendix B</u>	blz. 24
8.0 - <u>Appendix C</u>	blz. 26

1.0 Inleiding

Lichaamsbeweging speelt een belangrijke rol bij de gezondheid van mensen, voornamelijk op het gebied van overgewicht (Elinder & Jansson, 2009). Naar aanleiding van onderzoek op het gebied van de algemene gezondheid van mensen en lichaamsbeweging is gebleken dat hier een sterk verband tussen is. Zo heeft de mate van lichaamsbeweging een invloed op de risico's die mensen lopen op CHD's (hart- & vaatziekten) en vele andere levensbedreigende aandoeningen (Pate et al., 1995). In verband met deze risico's is het dus noodzakelijk dat mensen een voldoende mate van beweging in hun leven hebben, waardoor ze zo min mogelijk risico's lopen op de eerder genoemde aandoeningen. Zo stelt Oja (2001) dat de kans om vroegtijdig te overlijden voor inactieve mensen 30 tot 40% groter is dan voor lichamelijk actieve mensen. Echter zijn mensen zich niet altijd bewust van hun bewegingsgedrag. Ongeveer 60% van de mensen die te weinig bewegen denken zelf voldoende te bewegen (Schuit, 2008).

Een van de theorieën aangaande menselijk gedrag is de theory of planned behaviour (TPB) (Ajzen, 1991). Deze theorie stelt dat menselijk gedrag wordt beïnvloed door 3 factoren. Deze factoren zijn gedragsovertuiging, normatieve overtuigingen en controle overtuigingen. Deze drie factoren leiden tot een intentie en deze intentie heeft een sterk voorspellende waarde op het daadwerkelijke gedrag wat mensen vertonen. De TPB is volgens Connor & Armitage (1998) niet volledig verklarend en voorspellend voor gedrag. Er zouden mogelijk nog andere factoren een rol spelen op het gebied van gedrag. Lindström, Hanson, & Ostergren (2001) stellen dat op het gebied van gezondheidsgedrag sociaal economische status ook een rol speelt. Connor & Armitage (1998) raden sterk aan verder onderzoek te doen op het gebied van de theory of planned behaviour, omdat de theorie niet afdoende gedragskeuzes kan verklaren.

Zo vertonen mensen niet altijd het gedrag dat ze van plan zijn te willen vertonen. Een compensatieopvatting is een mogelijke verklaring voor het niet uitvoeren van gezond gedrag. Een dergelijk opvatting heeft vaak te maken met het compenseren van ongezond gedrag met ander gezond gedrag zodat de balans wordt hersteld (Rabiau, Knäuper & Miquelon, 2006). Compensatieopvattingen bepalen wellicht of bepaald gedrag uitgevoerd wordt of niet. Stel dat iemand een stuk taart bij de koffie neemt en denkt dit te kunnen compenseren door bijvoorbeeld de volgende dag een keer het ontbijt over te slaan. Deze persoon heeft een bepaalde opvatting maar daarnaast is ook nog de vraag of deze opvatting wel wordt omgezet naar daadwerkelijk gedrag. Als bijvoorbeeld iemand een stuk taart neemt en vervolgens het doel stelt om diezelfde week nog een keer extra te sporten maar dit niet naleeft, dan resulteert dus het niet naleven van een opvatting in een ongezondere levensstijl. Als mensen een foutieve compensatieopvatting hebben met betrekking tot gezond gedrag en zij voeren het bijbehorende compensatiegedrag

ook daadwerkelijk uit, zou dit wellicht kunnen leiden tot minder lichaamsbeweging. Te weinig lichaamsbeweging vergroot de kans op eerder benoemde risicofactoren. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat zolang iemand genoeg trappen loopt in huis diegene niet naar de sportschool hoeft of wat intensiever hoeft te bewegen. Als deze persoon de opvatting heeft dat 1 keer per dag traplopen zou kunnen compenseren voor 3 keer per week een half uur bewegen leidt dit tot minder lichaamsbeweging.

Dit soort compensatieopvattingen over beweging zouden kunnen leiden tot een ongezondere levensstijl omdat mensen hierdoor minder gaan bewegen. Volgens Rabiau et al. (2006) zijn mensen voornamelijk op zoek naar de juiste balans tussen het bevredigen van hun behoeften en het nastreven van hun doelen, zoals een gezonde levensstijl hanteren. Mensen willen dus gezond leven maar tegelijkertijd de behoefte van het eten van een stuk taart bij de koffie bevredigen. Mensen hebben vaak moeite om de juiste balans hiertussen te vinden. Zo wordt er door Giner-Sorolla (2001) gesteld dat mensen vaak een emotioneel conflict ervaren als ze voor een lastige keuze komen te staan tussen hun behoeftes en hun hier mee in strijd zijnde doelen, in dit geval gezond gedrag. Dit proces wordt door Festinger (1957) beschreven als een vorm van negatieve cognitieve dissonantie. Het emotionele conflict wat mensen ervaren is dat hun ideaalbeeld niet overeenkomt met hun daadwerkelijke gedrag. Zij denken dat ze heel gezond leven maar weten dat een stuk taart niet gezond is, eigenlijk leven ze dus niet hun doelen na en worden hiermee geconfronteerd. Omdat dit een negatief effect teweeg brengt ontwikkelen mensen een compensatieopvatting (compensatory health belief, of CHB) om dit effect enigszins te reduceren, of volledig weg proberen te nemen (Rabiau et al., 2006). Compensatieopvattingen hoeven niet per definitie gelijk te zijn aan compensatiegedrag wat mensen uitvoeren. Een duidelijk onderscheid hierin is noodzakelijk zodat inzichtelijk gemaakt kan worden of mensen die meer compensatieopvattingen hebben, ook daadwerkelijk minder of meer compensatiegedrag vertonen. Dit is voornamelijk belangrijk omdat mensen zelf ook vaak een onderscheid maken tussen gedrag en opvattingen (Kaklamanou, Armitage & Jones, 2013). Een opvatting over gedrag kan namelijk heel verschillend zijn van het gedrag. Wat volgens de TPB ook een belangrijk aspect is in hoeverre mensen bepaalde controle overtuigingen hebben.

Rotter (1954) ontwikkelde het construct locus of control. Dit heeft betrekking op opvattingen van personen over in hoeverre ze oorzaken van gebeurtenissen extern of intern van de persoon in kwestie verklaren. Hierin kan een onderscheid gemaakt worden tussen intern of extern georiënteerde persoonlijkheden. Interne locus of control houdt in dat de persoon oorzaken van gebeurtenissen meer bij zichzelf zoekt en externe locus of control houdt in dat de persoon de oorzaak niet bij zichzelf zoekt maar juist extern. Er bestaat mogelijk ook een samenhang tussen de oriëntatie van mensen op het gebied van locus of control en de eerder genoemde CHB's.

Binnen de TPB spelen controle overtuigingen een belangrijke rol en daarom is er mogelijk een verband tussen gedrag van mensen op basis van hun CHB's. Wellicht heeft de mate van locus of control invloed op compensatieopvattingen en -gedrag. Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides (1976) hebben specifiek op het gebied van gezondheid het health locus of control (HLC) construct ontwikkeld waarin 1 extra dimensie werd toegevoegd. Zij stellen dat de dimensie geluk ontbrak in het locus of control model van Rotter (1954) en voegden zo een derde dimensie toe aan het model.

Health locus of control speelt dus wellicht een modererende rol bij de samenhang tussen de compensatieopvattingen (CHB's) en compensatiegedrag van mensen om ongezond gedrag proberen te herstellen. Het doel van dit onderzoek is om te kijken of de mate van health locus of control een invloed heeft op het omzetten van CHB's naar compensatiegedrag met betrekking tot lichaamsbeweging. Figuur 1 geeft schematisch weer hoe dit er uit zou zien.

Omdat er voornamelijk cross-sectioneel onderzoek is gedaan op het gebied van CHB's is over de voorspellende waarde van CHB's op daadwerkelijk gedrag over langere termijn nog vrij weinig bekend. Dit is vanwege het feit dat eerder genoemde compensatieopvattingen en -gedrag erg dicht aan elkaar verwant zijn. Een longitudinale onderzoeksopzet is een voor de hand liggende methode om te toetsen of de mate van health locus of control een mogelijk modererende werking heeft gehad op het compensatiegedrag van mensen gedurende een bepaalde tijd, met als voorspeller de eerder gemeten CHB's.

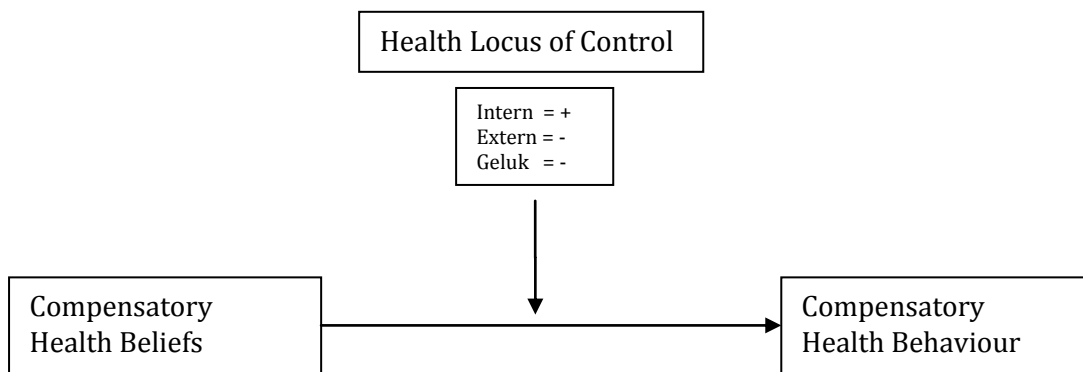
Naar verwachting zal er een samenhang zijn tussen de health locus of control en het omzetten van compensatieopvattingen naar -gedrag. De score van respondenten op de HLC schaal toont aan of ze hoog of lager scoren op externe, interne en geluks locus of control. Hieruit zal wellicht ook blijken of een hoge mate van externe HLC een rol speelt bij compensatiegedrag. Aangezien een CHB, als opvatting, een vorm van het oplossen van cognitieve dissonantie is, kan het gezien worden als een compensatie effect voor deze dissonantie. De volgende vraagstellingen staan centraal bij het onderzoek;

In hoeverre worden compensatory health opvattingen omgezet naar compensatory health gedrag?

In welke mate heeft de hoogte van locus of control invloed op het omzetten van CHB's naar compensatory health behaviour op het gebied van lichaamsbeweging?

Door het afnemen van 2 surveys met een tijd van minimaal 2 weken tussen beide surveys zal er mogelijk een antwoord komen op deze vragen. Een hoge score op externe health locus of control betekent dat de persoon oorzaken van gezondheid buiten zichzelf zal zoeken. De verwachting is dat mensen met een hogere mate van externe locus of control meer compensatieopvattingen

zullen ontwikkelen hierdoor. Deze mensen zullen wellicht niet zoveel van hun compensatieopvatting omzetten naar -gedrag omdat ze minder overtuigd zijn van hun eigen inbreng in hun gezondheid (zie figuur 1). Iemand met een hoge mate interne health locus of control & veel CHB's zal naar alle waarschijnlijkheid ook gedrag vertonen wat hiermee in overeenstemming is.



Figuur 1: Modererend effect van health locus of control op omzetting van compensatieopvattingen naar -gedrag.

2.0 Methode

2.1 Opzet van het onderzoek

Dit was een longitudinaal survey onderzoek, waarbij alleen bij meetmoment 1 de mate van health locus of control van mensen werd gemeten. De opzet bestond uit 2 metingen met 2 weken tussen de beide metingen. De reden hiervoor was dat de voorspellende waarde van compensatieopvattingen en health locus of control op compensatiegedrag hierdoor onderzocht konden worden. Daarnaast zouden mensen mogelijk sociaal wenselijke antwoorden (Ross & Mirowsky, 1984) geven en het verschil tussen compensatiegedrag en -opvatting dus relatief klein zijn in het geval van 1 meetmoment. Dit effect zal optreden wanneer mensen het idee hebben dat hun compensatieopvattingen en -gedrag overeen moeten komen omdat dit wellicht gewenst gedrag is. Bij 2 meetmomenten weten mensen niet exact meer wat ze hebben ingevuld als compensatieopvatting bij de eerste meting, waardoor de proefpersoon mogelijk een realistischer antwoord zal geven. Allereerst werd de cross-sectionele data geanalyseerd van meting 1 en na het tweede meetmoment konden longitudinale verbanden worden geanalyseerd.

2.2 Proefpersonen

Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van de constructen was het van belang voldoende respondenten te vergaren. Er is voor gekozen om dit voornamelijk via SONA systems van de Universiteit Twente te doen dus de meeste respondenten waren studenten. In principe waren het voornamelijk studenten die de vragenlijsten in hebben gevuld, echter omdat het een algemeen onderwerp is waar iedereen mee te maken heeft, zijn er naast studenten ook meer mensen geworven. Hierbij werd wel gevraagd naar leeftijd en achtergrondinformatie betreffende opleiding en nationaliteit. Dit zou namelijk geassocieerd kunnen zijn met de onderzochte constructen of het gemeten gedrag. De vragenlijsten zijn gemaakt in thesistools, op deze manier konden ook mensen buiten de Universiteit Twente de lijsten invullen.

2.3 Meetmoment 1

Meetmoment 1 bestond uit een vragenlijst met schalen voor health locus of control, gedragsintenties (theory of planned behaviour), compensatieopvattingen en compensatiegedrag. Daarnaast werden er ook vragen afgenomen over lichamelijke activiteit, voedsel en de self efficacy (zelfwerkzaamheid) van mensen. De onderwerpen die van toepassing zijn voor dit onderzoek zijn de HLC, TPB, compensatieopvattingen & -gedrag schalen. Van de HLC en TPB schalen werd geen tweede meting gedaan maar van de compensatieopvattingen en compensatiegedrag wel vanwege het longitudinale design. Bij meting 1 is er voor gekozen om eerst compensatieopvattingen te meten en daarna compensatiegedrag. Dit vanwege mogelijke

priming effecten die mensen zouden krijgen als hun compensatiegedrag eerst bevroegd zou worden. Bij meetmoment twee was dit precies andersom.

2.3.1 MHLC schaal

Om de mate van locus of control bij mensen te meten werd de Multi-dimensional Health Locus of Control schaal gebruikt omdat deze schaal zich specifiek richt op gezondheidsgerelateerde gedragingen (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976). Er is gekozen voor een multidimensionale schaal om health locus of control te meten. Dit heeft als reden dat de oorspronkelijke schaal van Rotter (1975) niet afdoende was om het gehele concept af te dekken. Wallston et al. (1976) hebben deze schaal van HLC aangepast en verbeterd tot een schaal met meerdere factoren. De items die ontwikkeld zijn hadden een alpha van $\alpha=0.71$ die dus behoorlijk goed is. De schaal is omgezet naar een Nederlandse versie door Halfens (1985) en deze werd dus ook gebruikt tijdens de survey. De schaal bestond uit 3 subschalen en met elke subschaal werd 1 factor van health locus of control gemeten. Elke subschaal bevatte 6 vragen, dus dit komt neer op 18 items. De factoren die een rol spelen zijn interne locus of control, externe locus of control en geluks locus of control. Een hoge score op een subschaal betekent dat de respondent een hoge mate van de bijbehorende factor heeft. Voor een volledig overzicht van de vragenlijst, zie Appendix A. Op basis van de scores op de verschillende factoren kan worden gekeken in hoeverre mensen toeschrijven aan bepaalde zaken, dit zal worden getoetst door middel van een 5-punts Likert schaal die loopt van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'.

2.3.2 CHB schalen

Knäuper, Rabiau, Cohen, & Patriciu (2004) ontwikkelden een vragenlijst om CHB's te meten. Vanuit deze bestaande vragenlijst over CHB opvattingen zijn de twee schalen over compensatieopvattingen en -gedrag samengesteld. Met de kritische voetnoten van Kaklamanou et al. (2013) zijn de schalen aangepast zodat het verschil tussen de compensatieopvattingen en -gedrag duidelijker zijn. Een belangrijk punt hierbij was dat respondenten duidelijk wisten wat er van hun verlangd werd, een antwoord geven over een opvatting of over gedrag. Dit was bij de originele vragenlijst van Knäuper et al. (2004) niet altijd geheel duidelijk voor de respondenten. Bij de antwoordmogelijkheden is ook een duidelijk onderscheid gemaakt. Bij opvattingen werd er duidelijk naar een mening gevraagd met antwoord mogelijkheden lopend van 'helemaal niet mee eens' tot 'geheel mee eens'. Dit in tegenstelling tot de gedragsmeting, hier liepen de antwoord mogelijkheden van 'nooit' tot 'iedere dag'. De compensatieopvattingsschaal bevatte 10 items en de compensatiegedragsschaal bevatte er negen. De schalen zijn beide te vinden in appendix B.

2.3.3 TPB vragen

Om een beter beeld te kunnen krijgen van het omzetten van compensatieopvattingen naar -gedrag moet er een indicatie zijn in hoeverre mensen dit ook daadwerkelijk van plan zijn. Daarom is er een intentie tot gezond bewegen verwerkt in de vragenlijst zodat er een beeld gevormd kan worden in hoeverre mensen gemotiveerd zijn gezond te leven. Hiervoor zijn 4 vragen ontwikkeld om alle aspecten van de Theory of Planned Behaviour af te dekken zoals die wordt omschreven door Fishbein & Ajzen (2010). Per construct is er 1 vraag gesteld, die werden gemeten met een 5-punts Likert schaal verdeling. De antwoord mogelijkheden liepen van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. De 4 constructen die gemeten werden waren attitude, descriptieve norm, subjectieve norm en intentie. De TPB items zijn te vinden in Appendix C.

2.4 Meetmoment 2

Op meetmoment 2 zijn wederom het compensatiegedrag en de compensatieopvattingen van de respondenten gemeten. De mate van locus of control werd niet gemeten en de TPB-schaal is ook niet tijdens meting 2 gemeten. Eerst werd compensatiegedrag gemeten en daarna werden de compensatieopvattingen gemeten. Dit was in verband met mogelijk sociaal wenselijke antwoorden (Ross & Mirowsky, 1984). De vragenlijsten zoals in appendix B werden dus in omgekeerde volgorde afgenomen.

2.5 Analyse methode

Alvorens naar verbanden werd gekeken, is er een principale componenten analyse met varimax rotatie uitgevoerd op het multidimensionele concept van health locus of control. Dit is om te kijken of de drie factoren ook goed te onderscheiden waren. Ook werd er over de verschillende schalen een Cronbach's alpha analyse uitgevoerd om te zien of er ook onbetrouwbare items waren die de interne validiteit zouden kunnen verbeteren door het item eventueel weg te laten. Er vond korte data scan plaats na de tweede meting om eventuele uitschieters eruit te filteren en de data samen te voegen met die van meting 1. Vervolgens werd gekeken naar eventuele moderatie effecten van de MHLC schaal op omzetten van compensatieopvattingen naar compensatiegedrag, mits die omzetting plaats vond. Er werden ook correlatie analyses uitgevoerd over de verschillende schalen op meetmoment 1 en meetmoment 2. Daarna werd er een paired sample T-test gedaan over de data om te kijken of de scores significant verschilden op de schalen onderling tussen de verschillende meetmomenten. Als laatst is er gekeken naar de interactie effecten van de verschillende schalen en de voorspellende waarden voor meting 2 op

het gebied van compensatie gedragingen. Dit werd gedaan met een meervoudige regressie analyse om moderatie effecten te analyseren zoals beschreven door Baron & Kenney (1986).

3.0 Resultaten

3.1 Algemene gegevens respondenten

Algemene demografische gegevens van het onderzoek werden eerst geanalyseerd. Het gaat hier om een longitudinaal onderzoek waarvan in totaal van de 152 initiële respondenten, 102 respondenten de eerste en ook de tweede vragenlijst volledig ingevuld. De leeftijd van de groep respondenten was gemiddeld 23,1 (SD=5,6) jaar oud en van de 102 respondenten waren 64 (63%) vrouw en 38 (37%) man. 62% van de respondenten volgt momenteel wetenschappelijk onderwijs of heeft dit reeds afgerond. Van de overige opleidingsniveaus was het als volgt verdeeld; 14% HBO niveau, 12% MBO niveau en 12% had ingevuld niet bij een van de voorgaande categorieën te behoren.

3.2 Meetmoment 1

3.2.1 CHB schalen betrouwbaarheid

Allereerst zijn de compensatieopvattingen van de respondenten geanalyseerd en hoe hoog de Cronbach's alpha was. Als alle items mee werden genomen was de alpha $\alpha=0.669$, maar na het verwijderen van 3 items was deze $\alpha=0.700$. De items die zijn weggelaten en een negatieve invloed hadden op de alpha waarde waren items 5,6&10, te vinden in appendix B. Vervolgens werd de compensatiegedragsschaal geanalyseerd. Hier is Cronbach's alpha $\alpha=0.830$.

3.2.2 MHLC schaal

De MHLC schaal is alleen tijdens de eerste meting afgenomen en alvorens er longitudinale analyses gedaan konden worden is gekeken of de verschillende constructen ook duidelijk te onderscheiden waren. De drie constructen die bekeken werden waren; interne ($\alpha=0.652$), externe ($\alpha=0.692$) en de kans of geluk ($\alpha=0.696$) locus of control. Om te zien of het überhaupt zin had om de schaal te testen op verschillende factoren is de KMO en Bartlett's test uitgevoerd. Hier kwam een score uit van 0,739, wat inhoudt dat de factor analyse daadwerkelijk nut had. Er werden met een geroteerde varimax factor analyse 3 factoren onderscheiden, zoals verwacht. Deze drie factoren verklaarden 44,2% van de totale variantie.

Om een overzichtelijk beeld te krijgen is er een geroteerde factor analyse uitgevoerd en een ordening op grootte van scores toegepast. Alle vragen kwamen met een minimale factorlading van 0.5 overeen met de bijbehorende factor alleen vraag 6 is de enige vraag die een factorlading heeft met 2 factoren, namelijk zowel positief met interne locus of control schaal als negatief met de geluksschaal.

Verder is er een correlatie analyse uitgevoerd tussen de drie verschillende factoren. De uitkomsten hiervan zijn te zien in tabel 1. De correlatie tussen de geluksschaal en interne health locus of control correleren significant negatief met elkaar, $r = -0,461$. Externe health locus of control correleert met geen van beide andere schalen.

Tabel 1

Correlaties tussen MHLC factoren

Variabele	1	2	3	SD	Mean
1. Intern	-			0,43	3,44
2. Extern	-0,011	-		0,49	2,12
3. Geluk	-0,461**	0,072	-	0,54	2,65

** Correlatie significant bij $p < .01$

3.3 Meetmoment 2

3.3.1 CHB schalen betrouwbaarheid

Allereerst is gekeken of de Cronbach's alpha's van de CHB schalen ook in meting 2 goed waren. Te beginnen met die van de opvattingsschaal, in meting 2 was de alpha waarde aanzienlijk hoger dan in meting 1, deze was $\alpha = 0.776$ na verwijdering van alleen item 10. Bij meting 2 is de gedragschaal ook zeer betrouwbaar want deze had een waarde van $\alpha = 0.804$. Wederom zorgde het verwijderen van een item uit de schaal er niet voor dat de alpha hoger zou worden, dit in tegenstelling tot de schaal over compensatieopvattingen. Omdat compensatieopvattingen op T1 en T2 niet op longitudinale basis worden geanalyseerd heeft het verwijderen van items verder geen invloed op de analyses. Alleen meetmoment T1 van compensatieopvattingen en meetmoment T2 van compensatiegedrag zijn relevant voor de longitudinale analyse.

3.4 Longitudinale resultaten

Uit de paired sample t-tests bleek dat er alleen een significant verschil was tussen de compensatieopvattingen op T1 (SD = 0.57, M = 2.71) en de compensatieopvattingen op meetmoment T2 ((SD = 0.54, M = 2.49); $t(101) = 5.564, p = 0.001$). Dit houdt in dat er op meetmoment T1 significant hoger gescoord werd op de compensatieopvattingsschaal dan op meetmoment T2. Vervolgens werd er een correlatie analyse uitgevoerd op de uitkomsten van meetmoment T1 en T2. In tabel 2 staan de resultaten van deze correlatie analyse. De correlaties zijn berekend over de gemiddelden op de verschillende schalen van de respondenten.

Tabel 2

Correlaties CH-opvattingen en CH-gedrag meetmoment T1 & T2

Variabele	1	2	3	4	SD	Mean
1. T1gedrag	-				0,57	1,62
2. T1opvattingen	0,369**	-			0,57	2,71
3. T2gedrag	0,767**	0,296**	-		0,53	1,64
4. T2opvattingen	0,470**	0,751**	0,409**	-	0,54	2,49

*** Correlatie significant bij $p < .01$*

De gedragsmetingen op meetmoment 1 & 2 correleren sterk met $r=0.767$ evenals dat het geval is bij opvattingen ($r=0.751$). Het compensatiegedrag op T1 correleert sterker ($r=0.470$) met de opvattingen op T2 dan de opvattingen van T1 ($r=0.369$). Tevens is te zien dat de compensatieopvattingen op meetmoment T2 meer correleren met compensatiegedrag op meetmoment T1 ($r=0.470$) dan compensatiegedrag op T2 ($r=0.409$).

Alvorens een regressie analyse met interactie effecten is gedaan is er een correlatie analyse tussen de verschillende variabelen gedaan om zodoende meer inzicht te krijgen in de mogelijke interactie effecten. In tabel 3 staan alle onderlinge correlaties. Deze onderlinge correlaties werden berekend nadat alle items waren gecentraliseerd. Compensatieopvattingen op T1 en compensatiegedrag op T2 correleren allebei ($r=0.219$ & $r=0.204$) met de gecombineerde variabele van interne health locus of control (T1) en compensatieopvattingen (T1). Er is een negatieve correlatie tussen compensatieopvattingen (T1) en de gecombineerde variabele van compensatieopvattingen (T1) en externe health locus of control (T1) ($r=-0.306$). Geen enkele factor van health locus of control (T1) correleert met compensatiegedrag op T2.

Tabel 3

Correlaties tussen gecentraliseerde MHL, CHopvattingen T1 & CHgedrag T2

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Gedrag T2	-							
2. Opvattingen T1	0.296**	-						
3. MHLC-internT1	0.053	-0.110	-					
4. MHLC-externT1	0.064	0.157	-0.011	-				
5. MHLC-gelukT1	-0.039	0.155	-0.461**	0.072	-			
6. OpvT1*MHLCintern	0.219*	0.204*	-0.024	0.176	0.155	-		
7. OpvT1*MHLCextern	-0.058	-0.306**	0.130	-0.158	-0.056	-0.263**	-	
8. OpvT1*MHLCgeluk	-0.113	0.022	0.147	-0.072	-0.196*	-0.508**	0.036	-

* *Correlatie significant bij $p < .05$ (2-tailed)*

** *Correlatie significant bij $p < .01$ (2-tailed)*

Na deze analyses is gekeken naar de longitudinale effecten in combinatie met mogelijke interactie effecten. Dit werd gedaan met een meervoudige regressie analyse om moderatie effecten te analyseren zoals beschreven door Baron & Kenney (1986). De interactie effecten van de drie schalen van MHLC zijn te zien in tabel 4, 5 & 6.

Tabel 4

Multiple regressie analyse en interactie effecten met interne HLC & CHopvattingen van T1 als voorspeller voor CHgedrag op T2.

Variabele	B	β	SE	t	p	95% BI (β)
OpvattingenT1	0.251	0.272	0.090	2.791	0.006**	[0.073, 0.430]
MHLCintern	0.108	0.087	0.118	0.916	0.362	[-0.126, 0.343]
MHLCintern*OpvT1	0.384	0.166	0.224	1.712	0.090*	[-0.061, 0.829]

* *Correlatie significant bij $p < .10$*

** *Correlatie significant bij $p < .01$,*

$F(3,101) = 4.504, R^2 = 0.121, P = 0.005$

Tabel 5

Multiple regressie analyse en interactie effecten met externe HLC & CHopvattingen van T1 als voorspeller voor CHgedrag op T2.

Variabele	B	β	SE	t	p	95% BI (β)
OpvattingenT1	0.281	0.304	0.094	2.980	0.004**	[0.094, 0.468]
MHLCextern	0.023	0.022	0.106	0.222	0.825	[-0.186, 0.233]
MHLCextern*OpvT1	0.056	0.038	0.152	0.371	0.712	[-0.245, 0.357]

*** Correlatie significant bij $p < .01$,
 $F(3,101) = 3.191$, $R^2 = 0.089$, $P = 0.027$*

Tabel 6

Multiple regressie analyse en interactie effecten met geluks HLC & CHopvattingen van T1 als voorspeller voor CHgedrag op T2.

Variabele	B	β	SE	t	p	95% BI (β)
OpvattingenT1	0.293	0.317	0.089	3.286	0.001**	[0.116, 0.470]
MHLCgeluk	-0.113	-0.116	0.096	-1.178	0.242	[-0.303, 0.077]
MHLCgeluk*OpvT1	-0.244	-0.142	0.166	-1.468	0.145	[-0.575, 0.086]

*** Correlatie significant bij $p < .01$,
 $F(3,101) = 4.212$, $R^2 = 0.114$, $P = 0.008$*

Bij de drie regressieanalyses is 1 significant ($p < 0.10$) interactie effect ontdekt. Dit was het interactie effect tussen compensatieopvattingen (T1) en interne health locus of control (T1) op compensatiegedrag (T2). Bij alle regressieanalyses zijn de compensatieopvattingen van meetmoment T1 de sterkste voorspeller voor compensatiegedrag op meetmoment T2. De minst voorspellende variabele is externe health locus of control (T1). Er was ook geen interactie effect tussen geluks health locus of control (T1) en compensatieopvattingen (T1) op compensatiegedrag (T2).

4.0 Discussie

Zoals in de resultaten is gebleken speelt interne health locus of control mogelijk een modererende rol op het gebied van compensatiegedrag. De sterkste voorspellers van compensatiegedrag zijn echter de compensatieopvattingen van mensen. Daarnaast bleken compensatieopvattingen en compensatiegedrag erg stabiel te zijn over een periode van 2 weken.

4.1 Omzetting compensatieopvattingen naar compensatiegedrag

Uit de resultaten bleek dat compensatieopvattingen en -gedrag onderling sterk correleren over 2 weken. Door de longitudinale opzet van dit onderzoek is gebleken dat compensatiegedrag en in mindere mate ook compensatieopvattingen behoorlijk stabiel zijn. Compensatieopvattingen op meetmoment T1 correleren zwak maar significant met compensatiegedrag op meetmoment T2, echter op cross-sectioneel niveau correleren ze wat sterker. Er zijn verschillende analyses uitgevoerd met als doel de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze onderzoeksvraag luidde als volgt;

In hoeverre worden compensatory health opvattingen omgezet naar compensatory health gedragingen?

Het omzetten van compensatieopvattingen naar compensatiegedrag houdt in dat respondenten op basis van hun compensatieopvattingen ook meer compensatiegedragingen zullen vertonen. Naar verwachting zouden mensen die veel compensatieopvattingen hebben ook een hoge mate van compensatie doorvoeren in hun gedrag op het gebied van lichaamsbeweging. Rabiau et al. (2006) stellen dat mensen een compensatieopvatting ontwikkelen op het moment dat ze geconfronteerd worden met een keuze, waarna ze vervolgens wellicht overgaan op compensatiegedrag. De compensatieopvattingen op meetmoment T1 correleren zwak met het compensatiegedrag op T2, dit betekend mogelijk dat mensen rapporteren wel compensatieopvattingen te hebben maar waarschijnlijk niet het bijbehorende compensatiegedrag uitvoeren. Het zou zo kunnen zijn, in overeenstemming met wat Rabiau et al. (2006) stellen, dat mensen überhaupt niet voor een gedragskeuze hebben gestaan en vanwege dit rapporteren het compensatiegedrag niet uitgevoerd te hebben. Als er geen keuzes gemaakt hoeven te worden, ervaren ze waarschijnlijk ook niet het emotionele conflict wat volgens Giner-Sorolla (2001) optreedt bij deze keuze tussen gezond of ongezond gedrag. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat mensen wel compensatiegedrag vertonen, maar dit niet rapporteren. Dat mensen rapporteren bepaald gedrag niet uitgevoerd te hebben hoeft niet per definitie te betekenen dat dit ook het geval is. Wellicht is het compensatiegedrag wel uitgevoerd,

maar niet bewust. Een andere verklaring is dat het compensatiegedrag wel is uitgevoerd, maar mensen dit niet rapporteren.

Uit de correlaties tussen de verschillende metingen is gebleken dat zowel compensatiegedrag alsook -opvattingen behoorlijk stabiel zijn over een periode van 2 weken. Zowel het compensatiegedrag op meetmoment 1 alsook op meetmoment 2 zijn qua hoogte niet significant veranderd maar beide meetmomenten correleren sterker met de compensatie opvattingen van meetmoment 2. Op meetmoment T2 waren de compensatieopvattingen significant lager dan op meetmoment T1. Het feit dat compensatieopvattingen op meetmomenten T1 en T2 longitudinaal wel sterk correleren ($r=0.751$) duidt erop dat dit significante verschil mogelijk door een methode-effect is veroorzaakt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de schaal over compensatieopvattingen ietwat is aangepast in meting 2 vanwege het feit dat de formulering van de antwoordmogelijkheden enigszins verwarrend zou kunnen zijn. De eerdere antwoordmogelijkheden waren: helemaal niet mee eens (1), niet mee eens (2), noch niet mee eens, noch niet mee oneens (3), mee eens (4), helemaal mee eens (5). Zoals te zien is, is het tegenovergestelde van 'mee eens' in principe duidelijker als het geformuleerd zou worden als 'mee oneens' en niet als 'niet mee eens'. Tevens is de schaal omgedraaid van negatief beginnend naar positief beginnend, dit vanwege het feit dat de vragen dan logischer beantwoord konden worden. De antwoordmogelijkheden zijn in meetmoment 2 als volgt geworden: helemaal mee eens (1), mee eens (2), noch mee eens, noch mee oneens (3), mee oneens (4), helemaal mee oneens (5).

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat mensen zich bewust zijn geworden van hun compensatieopvattingen door meting 1 en hierdoor een lagere scoren hebben op meting twee. Zoals Rabiau et al. (2006) ook stellen dienen compensatieopvattingen wellicht als functie om cognitieve dissonantie weg te nemen bij mensen. Festinger (1957) stelt dat er cognitieve dissonantie op treedt als gevolg van het interne conflict bij mensen. Dit effect vloeit voort uit de keuzes die mensen moeten maken tussen gezond en ongezond gedrag (Giner-Sorolla, 2001). Dit zou ook verklaren waarom compensatiegedrag bij beide meetmomenten meer correleren met de compensatieopvattingen van meetmoment 2, dan met die van meetmoment 1. Het zou dus zo kunnen zijn dat de verschillen tussen compensatieopvattingen en compensatiegedrag door meetmoment 1 bewust zijn gemaakt bij de respondenten. Uit de paired sample t-test bleek ook dat de compensatieopvattingen significant lager waren op meetmoment T2 dan op T1. Compensatieopvattingen zijn over 2 weken dus afgenomen, dit geldt niet voor compensatiegedrag. Het resultaat hiervan zou kunnen zijn dat compensatieopvattingen en compensatiegedrag meer overeenkomen, waardoor mensen mogelijk minder cognitieve

dissonantie ervaren. Dit zou wel inhouden dat in dit geval mensen niet hun gedrag, maar juist hun compensatieopvattingen aanpassen omdat ze er bewust van zijn gemaakt.

4.2 Health locus of control en compensatiegedrag

Uit de resultaten zou geconcludeerd kunnen worden dat alleen interne health locus of control een modererende rol speelt bij de omzetting van compensatieopvattingen naar compensatiegedrag. Interne health locus of control is een significante maar zwakke moderator. Met alle andere health locus of control factoren zijn geen interactie effecten gevonden. De sterkste voorspeller van compensatiegedrag zijn compensatieopvattingen. Uit de correlatie analyse tussen de verschillende constructen bleek al dat er wellicht een zwakke moderatie met interne health locus of control zou zijn. De positief significante correlatie van de productvariabele van compensatieopvattingen en interne health locus of control met compensatiegedrag op meetmoment T2 duidt op een mogelijk interactie effect. De meervoudige regressie analyses geven een duidelijk overzicht van de voorspellende waarden van de verschillende constructen op compensatiegedrag. Zo is te zien dat compensatieopvattingen de sterkst voorspellende waarde hebben voor toekomstig compensatiegedrag. Daarnaast blijkt hieruit ook dat er een interactie effect is met interne health locus of control. De onderzoeksvraag luidde als volgt;

In welke mate heeft de hoogte van locus of control invloed op het omzetten van CHB's naar compensatory health behaviour op het gebied van lichaamsbeweging?

Door de regressie analyses met interactie effecten werd gekeken of er eventuele moderatie effecten waren met de verschillende typen van health locus of control. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden alleen interne health locus of control een modererende rol speelt. Externe health locus of control heeft de minst voorspellende waarde voor gedrag op meetmoment 2.

4.3 Conclusies, wetenschappelijke bijdrage en verbeterpunten

Door de explorerende opzet van het onderzoek zijn een paar interessante resultaten naar voren gekomen. Voornamelijk op longitudinale basis is dit het geval. Zo kan geconcludeerd worden dat compensatiegedrag en -opvattingen stabiel zijn over een periode van 2 weken. Op meetmoment T1 en T2 correleren deze variabelen sterk. Daarnaast is er een interactie effect met interne health locus of control gevonden. Over een periode van 2 weken is gebleken dat opvattingen wel kunnen veranderen maar gedrag behoorlijk stabiel blijven, de vraag is uiteraard of compensatiegedrag en -opvattingen na een jaar ook nog zo stabiel zijn. Als mensen gezond gedrag gaan compenseren met ongezond gedrag door foutieve compensatieopvattingen zou dit

risico's met zich mee kunnen brengen doordat ze minder bewegen (Oja, 2001). De stabiliteit van compensatiegedrag en compensatieopvattingen is wellicht belangrijk voor eventuele interventieprogramma's om gezond gedrag te stimuleren. Mensen rapporteren wel bepaalde compensatieopvattingen te hebben maar rapporteren vervolgens deze compensatieopvattingen niet uit te voeren in compensatiegedrag. Wellicht compenseren mensen wel maar rapporteren ze dit niet, dit zou mogelijk kunnen leiden tot een ongezonde leefstijl met als onderliggende reden te weinig beweging. Schuit (2008) stelde ook dat ongeveer 60% van de mensen die te weinig bewegen, zelf denken voldoende te bewegen. Om te kunnen toetsen of compensatiegedrag compensatie opvattingen beïnvloeden of andersom is een cross lagged panel design wellicht een goede optie (Kenny, 1975). Door middel van bijvoorbeeld 3 metingen met een tussenperiode van 4 maand kunnen de mogelijke verbanden beter worden en kan ook met meer zekerheid een conclusie worden getrokken over de stabiliteit van de constructen. Daarnaast zou de pool van respondenten beter verdeeld kunnen worden, deze bestaat nu grotendeels uit vrouwen en uit hoger opgeleiden. Er zou een beter representatief beeld geschetst kunnen worden over de compensatie concepten als ook meer lager opgeleiden en in verhouding mannen mee zouden doen aan het onderzoek. Dit heeft te maken met mogelijke voorkennis op het gebied van gezondheid, helemaal onder de groep psychologie studenten. Als voorkennis over gezondheid minder zijn, wat wellicht het geval is bij lager geschoolde respondenten, zullen de compensatie opvattingen mogelijk ook hoger zijn.

Dit onderzoek wijst uit dat zowel compensatiegedrag alsook compensatieopvattingen over een longitudinale periode van 2 weken stabiel blijven. Verder komt uit dit onderzoek naar voren dat alleen interne health locus of control een zwakke maar significante moderator is tussen compensatieopvattingen en -gedrag. Of compensatieopvattingen en -gedrag ook over een langere termijn dan 2 weken stabiel blijven is de vraag, maar vooralsnog lijken het behoorlijk stabiele constructen te zijn.

5.0 Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organisational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179–211. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.10.011
- Baron, R. M., & Kenny, D. a. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3806354>
- Connor, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464. DOI: 10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x
- Elinder, L. S., & Jansson, M. (2009). Obesogenic environments--aspects on measurement and indicators. *Public Health Nutrition*, 12(3), 307–15. doi:10.1017/S1368980008002450
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. *New York: Psychology Press*.
- Giner-Sorolla, R. (2001). Guilty pleasures and grim necessities: affective attitudes in dilemmas of self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 206–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11220441>
- Halfens, R. J. G. (1985). *Locus of control : De beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag*. Maastricht, [S.l.] : B. Meerstad.
- Kaklamanou, D., Armitage, C. J., & Jones, C. R. (2013). A further look into compensatory health beliefs: a think aloud study. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 139–54. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02097.x
- Kenny, D. A. (1975). Cross-lagged panel correlation: A test for spuriousness. *Psychological Bulletin*, 82(6), 887–903. doi:10.1037//0033-2909.82.6.887
- Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: scale development and psychometric properties. *Psychology & Health*, 19(5), 607–624. doi:10.1080/0887044042000196737

- Lindström, M., Hanson, B. S., & Ostergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* (1982), 52(3), 441–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330778>
- Oja, P. (2001). Dose response between total volume of physical activity and health and fitness. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6 Suppl), S428–37; discussion S452–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427767>
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., ... Wilmore, J. H. (1995). Physical activity and Public Health; A recommendation from the centers for disease control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273(5), 402-407. doi:10.1001/jama.1995.03520290054029
- Rabiau, M., Knäuper, B., & Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory health beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11(Pt 1), 139–53. doi:10.1348/135910705X52237
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1984). Socially-desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 189–97. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6470459>
- Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. *Journal of Counseling Psychology* (Vol. 2, p. 466). doi:10.1037/10788-000
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67. doi: 10.1037/h0076301
- Schuit, J. (2008). RIVM, Gezondheidsbevordering: onderzoek met beleid. Retrieved from http://dare.uvu.nl/bitstream/handle/1871/13066/Oratie%20Jantine%20Schuit_Def.pdf?sequence=1
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. a. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/939841>

APPENDIX A:

Multi-Dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)

Nederlandstalige versie

1. Wat ik ook doe, ziek wordt ik waarschijnlijk toch
2. Als ik ziek ben ligt het aan mijzelf hoe snel ik beter word
3. Mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk
4. Als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts
5. Als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk een arts raadplegen
6. Als ik goed voor mijzelf zorg, kan ik ziektes voorkomen
7. Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt
8. Als ik ziek word dan is dat mijn eigen schuld
9. Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet
10. Hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald
11. Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe
12. De meeste dingen waardoor ik ziek word overkomen mij bij toeval
13. Artsen bepalen mijn gezondheid
14. Ik heb mijn gezondheid in eigen hand
15. Om ziektes te voorkomen is regelmatig de huisarts te raadplegen
16. Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen
17. Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen
18. Als ik ziek word dan word ik het toch, daar kan niemand wat aan doen

APPENDIX B:

CHBeliefs bewegen

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende opvattingen over beweging, de antwoordmogelijkheden lopen van helemaal niet mee eens (1) tot geheel mee eens (5).

1. Ik denk dat als ik gezond eet dat bewegen niet zo belangrijk is.

1 2 3 4 5

2. Ik denk dat het OK is niet regelmatig te sporten als ik actief ben in het dagelijks leven.

1 2 3 4 5

3. Ik denk dat als ik een week weinig beweeg dat ik dit kan compenseren door de volgende week tweemaal zo veel te bewegen

1 2 3 4 5

4. Ik denk dat ik niet regelmatig sporten kan compenseren door veel te lopen.

1 2 3 4 5

5. Ik denk dat een gebrek aan bewegen op korte termijn kan worden gecompenseerd door minder te eten.

1 2 3 4 5

6. Ik denk dat een gebrek aan bewegen op lange termijn kan worden gecompenseerd door minder te eten.

1 2 3 4 5

7. Ik denk het niet erg is om sporten een keer over te slaan als ik thuis buikspieroefeningen ga doen.

1 2 3 4 5

8. Ik denk dat zolang ik zo vaak mogelijk met de trap ga, het niet erg is om sporten over te slaan.

1 2 3 4 5

9. Ik denk dat als ik vandaag fiets, ik niet extra hoeft te sporten vandaag.

1 2 3 4 5

10. Ik denk dat het niet erg is om niet te sporten, zolang ik maar dieetpillen gebruik.

1 2 3 4 5

CHBehavior bewegen

Geef aan hoe vaak je onderstaande gedrag in de afgelopen twee weken hebt uitgevoerd. De antwoorden lopen van 'nooit' (1) tot 'iedere dag' (5).

1. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken minder bewogen omdat je gezond hebt gegeten?

1 2 3 4 5

2. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken niet gesport omdat je in het dagelijks leven actief was?

1 2 3 4 5

3. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken een dat te weinig bewegen gecompenseerd door de volgende dag tweemaal zo lang te bewegen?

1 2 3 4 5

4. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken het niet sporten gecompenseerd door veel te lopen?

1 2 3 4 5

5. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken weinig beweging gecompenseerd door minder te eten?

1 2 3 4 5

6. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken sporten overgeslagen omdat je thuis buikspieroefeningen hebt gedaan?

1 2 3 4 5

7. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken niet gesport omdat je veel met de trap bent gegaan?

1 2 3 4 5

8. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken het niet sporten gecompenseerd door meer te fietsen?

1 2 3 4 5

9. Hoe vaak heb je in de afgelopen twee weken het niet bewegen gecompenseerd door dieetpillen te gebruiken?

1 2 3 4 5

APPENDIX C:

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende opvattingen over beweging, de antwoordmogelijkheden lopen van helemaal niet mee eens (1) tot helemaal mee eens (5).

Intentie tot beweging

Ik ben van plan tijdens de volgende twee weken ten minste 5 keer per week minimaal 30 minuten matig te bewegen. (Matig bewegen betekent dat je een iets hogere hartslag hebt).

Attitude

Ik vind het belangrijk de volgende twee weken ten minste 5 keer per week minimaal 30 minuten matig te bewegen.

Sociale norm

Mensen die belangrijk voor mij zijn vinden het van belang dat ik ten minste 5 keer per week minimaal 30 minuten matig beweeg.

Waargenomen gedragscontrole

Ik voel me in staat de volgende twee weken ten minste 5 keer per week minimaal 30 minuten matig te bewegen.