

De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit en het willen deelnemen aan een beweegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg

Linda Schouten

Masterthese Klinische Psychologie
Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen
Afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam

De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit en het willen deelnemen aan een beweegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg

Augustus 2012

Auteur:

Drs. Linda Schouten

Supervisor Masterthese:

Dr. Arnold van Emmerik
Universiteit van Amsterdam

Deze these werd mede mogelijk gemaakt door het Trimbos-instituut en
het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

© Linda Schouten, Amsterdam, 2012

Delen uit deze these mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding.

Abstract

Depressieve personen zijn moeilijk te motiveren om fysieke inspanning te verrichten. In de empirische literatuur wordt verondersteld dat de eigen-effectiviteitsverwachtingen van depressieve personen en de ernst van hun depressieve symptomen, hiermee verband houden. Deze studie onderzocht genoemde factoren in samenhang met chronische aandoeningen en overgewicht en het willen deelnemen aan een beweegprogramma bij cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij 101 cliënten werden zelfrapportage vragenlijsten afgenomen omtrent lichamelijke gezondheid, depressieve symptomen, algemene en fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen en de interesse in deelname aan een beweegprogramma. Onderscheid werd gemaakt tussen cliënten met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen (KDS). Cliënten met KDS bleken lagere algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen te hebben dan cliënten zonder deze symptomen. Een vergelijkbaar verschil werd gevonden in fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen, echter alleen bij cliënten met een chronische aandoening of overgewicht. Tenslotte bleek de ernst van de KDS een voorspeller voor het willen deelnemen aan een beweegprogramma, in tegenstelling tot algemene en fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen. Geconcludeerd werd dat hoe ernstiger de depressieve symptomen van cliënten hoe groter de motivatie om deel te nemen aan een beweegprogramma. Een 'op maat' beweegprogramma afgestemd op hun (lagere) eigen-effectiviteitsverwachtingen, lijkt voor hen gewenst.

Inhoudsopgave

| | |
|------------------|----|
| Inleiding | 3 |
| Methode | 9 |
| Resultaten..... | 13 |
| Discussie | 17 |
| Literatuur | 23 |

Inleiding

Voor personen die last hebben van een depressieve stoornis is de huisarts een belangrijk aanspreekpunt. De huisarts kan in samenspraak met de cliënt een keuze maken uit diverse interventies die helpen om de depressie te verminderen. Hierbij worden meegewogen de ernst van de depressieve stoornis en de gevolgen hiervan, zoals de mate van lijdensdruk of disfunctioneren van de cliënt (NHG, 2012). Eén van de eerste-stap interventies is fysieke inspanning, ofwel deelname aan een beweegprogramma, wat gezien kan worden als een vorm van gedragsactivatie. In dit onderzoek werden factoren onderzocht die als aangrijpingspunt kunnen dienen om cliënten met depressieve symptomen te motiveren om aan een dergelijk programma deel te nemen.

Symptomen van een depressie en fysieke inspanning als interventie

Onder de Nederlandse bevolking komen stemmingsstoornissen veelvuldig voor. Zo was bij zo'n 5% van de bevolking de afgelopen 12 maanden sprake van een depressieve stoornis (De Graaf, ten Have & van Dorsselaer, 2010). Kernsymptomen van een dergelijke stoornis zijn een neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag en/of een duidelijk verlies aan interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag (DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2000). Daarnaast moet er sprake zijn van andere symptomen, zoals eet-, slaap- of concentratieproblemen, vermoeidheid of verlies aan energie, gevoelens van waardeloosheid, overmatige schuldgevoelens of terugkerende gedachten aan de dood.

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2011) wordt aanbevolen cliënten met een depressie fysieke inspanning te laten verrichten, al dan niet naast andere behandelvormen voor depressie. Volgens de stepped-care benadering in deze richtlijn kiest de behandelaar met de cliënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij depressie is fysieke inspanning één van de eerste-stap interventies die wordt aangeraden. Naarmate er sprake is van een ernstigere depressie volgen ook tweede en eventueel volgende stappen, zoals psychotherapie of farmacotherapie.

In de afgelopen jaren zijn er diverse overzichtsartikelen gepubliceerd met betrekking tot het effect van fysieke inspanning op depressie (Daley, 2008; Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011; Stammes & Spijker, 2009). Hoewel er soms methodologische kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij het onderzoek, wordt geconcludeerd dat fysieke inspanning een positief effect heeft op depressie. Fysieke inspanning als behandeling van depressie is effectiever dan geen behandeling en kan even effectief zijn als andere interventies (zoals cognitieve therapie en gedragstherapie). De effecten treden met name op in de periode dat personen deelnemen aan een beweegprogramma; lange termijn effecten na afloop van een beweegprogramma zijn (nog) niet aangetoond (Daley, 2008; Krogh, Nordentoft, Sterne, & Lawlor, 2011).

Ondanks de positieve effecten van fysieke inspanning op depressie, lijken personen met depressieve symptomen het moeilijk te vinden om fysiek actief te zijn. Personen met depressieve symptomen zijn minder vaak fysiek actief dan personen zonder deze symptomen (Aan het Rot, Collins & Fitterling, 2009; Palomo, Beninger, Kostrzewa & Archer, 2008; Rosqvist et al., 2009; Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2009). Deze relatie tussen fysieke inspanning en depressieve symptomen, kan op verschillende wijzen verklaard worden. Zo zou weinig fysieke inspanning tot depressieve symptomen kunnen leiden. Omgekeerd zouden depressieve symptomen echter ook een negatief effect kunnen hebben op de motivatie om fysiek actief te zijn (Aan het Rot, Collins & Fitterling, 2009). Verder zijn factoren niet uitgesloten die invloed hebben op zowel de mate van fysieke inspanning als op het ontstaan van depressieve symptomen. Hierbij valt te denken aan onderliggende genetische factoren die personen zowel gevoelig maken voor depressieve symptomen als voor een inactieve levensstijl (Bartels, de Moor, van der Aa, Boomsma & de Geus, 2012; Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2009).

Binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2011) wordt het mogelijk negatieve effect van depressieve symptomen op de motivatie om fysiek actief te zijn onderkend. Verondersteld wordt dat personen met depressieve symptomen meer aansporing nodig hebben om fysieke inspanning te verrichten, dan personen zonder deze symptomen. In de empirische literatuur over depressie en fysieke inspanning worden, naast andere factoren, hoofdzakelijk de ernst van de depressie en eigen-effectiviteitsverwachtingen in verband gebracht met de motivatie om fysieke inspanning te verrichten.

Samenhang tussen ernst van de depressie en fysieke inspanning

De mate waarin personen met depressieve symptomen fysieke inspanning verrichten, wordt verondersteld samen te hangen met de ernst van de depressie. Met de ernst van depressie nemen negatief affect en psychosomatische klachten zoals moeheid en laag energieniveau toe en neemt positief affect af. Gevoelens van apathie, hopeloosheid en een laag energieniveau, worden verondersteld een negatieve invloed te hebben op de mate waarin personen met depressieve symptomen fysiek actief zijn (Koopmans, Pouwer, de Bie, van Rooij, Leusink & Pop, 2009; Palomo et al., 2008; Seime & Vickers, 2006). In de klinische praktijk wordt dan ook ervaren dat vooral cliënten met ernstigere depressieve stoornissen moeilijk te activeren zijn om aan een bewegingsprogramma deel te nemen (Knapen et al., 2007; Seime & Vickers, 2006).

In tegenstelling tot bovenstaande onderzoeken, blijkt uit onderzoek van Van der Waerden (2011) dat vrouwen met meer depressieve symptomen vaker op een uitnodiging van een intake-gesprek voor een preventieprogramma met bewegingsactiviteiten ingaan dan vrouwen met minder depressieve symptomen. Echter, laatstgenoemde vrouwen hadden weliswaar enkele depressieve symptomen, maar deze symptomen waren niet bij een ieder dusdanig ernstig dat zij ook van de 'normale' bevolking verschilden. Het functioneren van een aantal van deze vrouwen zou dan ook

onaangetast kunnen zijn, waardoor zij het niet nodig vonden om aan een preventieprogramma deel te nemen (Van der Waerden, 2011).

Samenhang tussen eigen-effectiviteitsverwachtingen en fysieke inspanning

Verondersteld wordt dat de mate waarin personen met depressieve symptomen fysieke inspanning verrichten, ook samenhangt met eigen-effectiviteitsverwachtingen (Aan het Rot et al., 2009; Seime & Vickers, 2006). Eigen-effectiviteitsverwachtingen worden gedefinieerd als iemands vertrouwen in zijn of haar vermogen om een bepaald gedrag uit te voeren dat tot bepaalde uitkomsten leidt (Bandura, 1996). Dergelijke verwachtingen reflecteren niet zozeer wat een persoon aan capaciteiten heeft, maar betreffen de inschatting wat men kan doen met de vaardigheden waarover men beschikt.

Eigen-effectiviteitsverwachtingen spelen een centrale rol in veelvuldig gehanteerde en door onderzoek ondersteunde modellen om diverse gezondheidsgedragingen te verklaren, waaronder bewegingsgedrag. In de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991) en het vergelijkbare ‘Attitude, Sociale invloed, Eigen-effectiviteitsverwachting’ model (ASE-model; De Vries, 1993), worden eigen-effectiviteitsverwachtingen als een belangrijke determinant gezien van de intentie om gedrag te veranderen. Andere determinanten van de intentie om gedrag te veranderen zijn de attitude ten opzichte van het gedrag en sociale invloeden/normen. Via de intentie hebben deze determinanten ook invloed op de feitelijke gedragsverandering. Om de verschillen in het bewegingsgedrag tussen depressieve en niet-depressieve personen te verklaren wordt echter vooral gewezen op de invloed van eigen-effectiviteitsverwachtingen, en niet zozeer op attitude en sociale invloeden/normen.

De verwachtingen over de eigen-effectiviteit beïnvloeden welke activiteiten worden verkozen, hoeveel inspanning iemand pleegt en of iemand doorzet bij tegenslag. Verwachtingen over de eigen-effectiviteit lijken ook samen te hangen met de mate waarin iemand barrières waarneemt (Rosenstock, Stretcher & Becker, 1988). Lagere effectiviteitsverwachtingen van personen met depressieve symptomen, kunnen maken dat zij meer barrières tot bewegingsactiviteiten waarnemen dan personen zonder deze symptomen. In onderzoek geven personen met depressieve symptomen vaker barrières aan zoals een slechte gezondheid, eerdere negatieve ervaringen en een gebrek aan kennis, in vergelijking met personen zonder deze symptomen (Azar, Ball, Salmon & Cleland, 2010; Rosquist et al., 2009). Dit kan er ook in resulteren dat zij minder vaak fysiek actief zijn.

In studies worden diverse vormen van eigen-effectiviteitsverwachtingen onderscheiden, veelal onderverdeeld in algemene en specifieke verwachtingen. Enerzijds worden algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen onderscheiden die betrekking hebben op de overtuiging dat men over een aantal overkoepelende, dat wil zeggen niet domein- of taakspecifieke, capaciteiten beschikt (Bosscher, Smit & Kempen, 1997). Voorbeelden van deze capaciteiten zijn plannen kunnen maken en problemen kunnen oplossen. In studies onder diverse bevolkingsgroepen komt naar voren dat ernstigere depressieve symptomen samenhangen met lagere algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen

(Bosscher, Smit, & Kempen, 1997; Luszczynska, Gulierrez-Dona & Schwarzer, 2005). Om fysiek actief te worden en bijvoorbeeld aan een beweegprogramma mee te gaan doen, zal iemand over diverse algemene vaardigheden moeten beschikken. Zo zal het dikwijls nodig zijn dat men bijvoorbeeld met zijn eigen emoties van angst, frustratie en schaamte kan omgaan (NISB, 2010), algemene vaardigheden die ook in allerlei andere situaties dan beweegsituaties naar voren komen.

Anderzijds worden domein- en taakspecifieke verwachtingen onderscheiden. Bandura (1986) benadrukt dat de sterkste relatie bestaat tussen verwachtingen omtrent de uitvoering van specifiek gedrag en de feitelijke uitvoering van dat gedrag. Voor het gaan deelnemen aan bewegingsactiviteiten, lijken specifieke eigen-effectiviteitsverwachtingen in het fysieke domein dan ook van bijzonder belang. Zo kan iemand op basis van een inschatting van zijn of haar uithoudingsvermogen er weinig vertrouwen in hebben om te gaan hardlopen. Onderzoek wijst uit dat dergelijke specifieke eigen-effectiviteitsverwachtingen een belangrijke rol spelen bij het gaan deelnemen aan bewegingsactiviteiten (McAuley, 1992). Tevens komt naar voren dat er een relatie is tussen de ernst van de depressie en verwachtingen omtrent fysieke eigen-effectiviteit, waarbij personen met meer depressieve symptomen lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen rapporteerden (Davis-Berman, 1990).

Chronische aandoeningen en overgewicht

Naast symptomen als een neerslachtige stemming of interesseverlies, hebben personen met depressieve stoornissen ook dikwijls een slechte lichamelijke gezondheid (Freedland & Carney, 2009). Personen met depressieve symptomen hebben een grotere kans op comorbiditeit met overgewicht en met lichamelijke aandoeningen zoals diabetes, hoge bloeddruk, hartinfarct, hartfalen, beroerte, kanker en HIV/AIDS, dan personen zonder deze symptomen (Freedland & Carney, 2009). Dit overgewicht en deze aandoeningen kunnen eveneens belemmerend werken om te bewegen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat personen met chronische aandoeningen of overgewicht minder bewegen dan personen zonder deze aandoeningen of overgewicht (Chorus & Hildebrandt, 2010). Onderzoek wijst verder uit dat personen met chronische aandoeningen lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan personen zonder deze aandoeningen (Bosscher, 1994; Pecukonis, 2009). In deze onderzoeken werd echter niet gecontroleerd voor depressieve symptomen. Onduidelijk is in hoeverre de fysieke eigen-effectiviteit samenhangt met depressieve symptomen als er ook sprake is van één of meerdere chronische aandoeningen dan wel overgewicht.

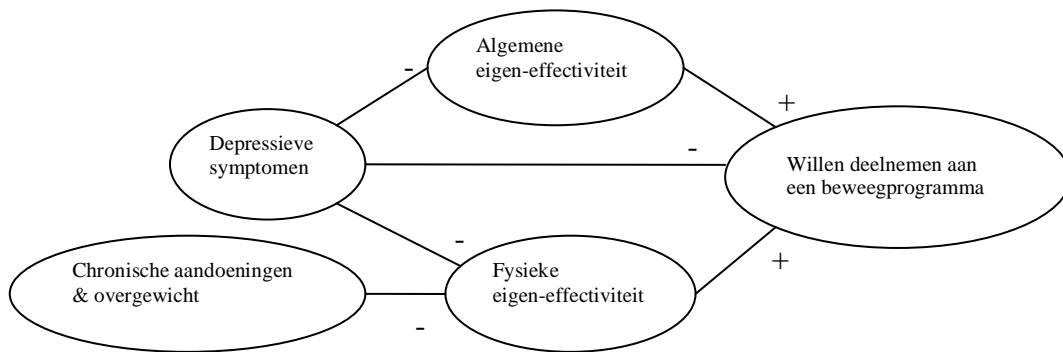
Onderzoeksvragen en hypothesen

Zoals hierboven naar voren kwam, hangen ernst van de depressie, eigen-effectiviteitsverwachtingen en chronische aandoeningen of overgewicht samen met het bewegingsgedrag van depressieve personen. Deze factoren zijn echter nog niet in samenhang onderzocht in één onderzoeksgroep van cliënten. Tot op heden ontbreekt in onderzoek telkens één of

meerdere van de genoemde factoren. Daardoor is onvoldoende zicht op de mate waarin bijvoorbeeld de theorie van gepland gedrag en het ASE-model, toegepast kunnen worden bij depressieve cliënten. Het gaat om theorieën die nauwelijks ruimte bieden voor de invloed van emoties/affect (Dutta-Bergman, 2005), terwijl bij cliënten met depressieve symptomen juist dit ‘afwijkend’ affect kenmerkend is. Dit onderzoek beoogt dan ook om inzicht te verkrijgen of de genoemde theorieën aangevuld dienen te worden met depressieve symptomen als determinant.

Naast de theoretische implicaties die het onderzoek kan hebben, wordt beoogd om aangrijpingspunten te vinden om depressieve cliënten te motiveren om aan een beweegprogramma deel te nemen. Voor bijvoorbeeld cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg met chronische aandoeningen of overgewicht zijn diverse beweegprogramma’s in Nederland ontwikkeld, zoals ‘Bewegen op Recept’ en ‘BeweegKuur’ (NISB, 2010). Met dit onderzoek wordt zicht verkregen op de mate waarin dergelijke beweegprogramma’s eventueel aangepast dienen te worden, als het gaat om cliënten die (ook) depressieve symptomen hebben. Daartoe kan aanleiding zijn als bijvoorbeeld personen met depressieve symptomen lagere eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan personen zonder deze symptomen. Voorbeelden van de wijze waarop programma’s aangepast kunnen worden, zijn het verlagen van de intensiteit van het beweegprogramma en het meer gebruik maken van motiverende gespreksvoering om de eigen-effectiviteitsverwachtingen te verhogen (Treasure, 2004). Nog sterker zou aan het gebruik van motiverende gespreksvoering bij cliënten met depressieve symptomen gedacht kunnen worden, als bij hen lagere eigen-effectiviteitsverwachtingen samenhangen met een lagere motivatie tot bewegen.

De factoren die in dit onderzoek worden onderzocht, alsmede hun veronderstelde onderlinge relaties staan in Figuur 1. Het onderzoek beperkt zich tot cliënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg die weinig bewegen, aangezien de samenhang tussen de factoren anders kan zijn voor cliënten die veel bewegen dan voor cliënten die weinig bewegen. Zo wordt in de literatuur een samenhang gevonden tussen fysieke eigen-effectiviteit en het huidige beweegpatroon (Orsega-Smith, Payne, Mowen, Ho, & Godbey, 2007). Ten aanzien van de veronderstelde samenhang tussen de factoren, worden in dit onderzoek twee vragen gesteld.



Figuur 1. Veronderstelde positieve (+) en negatieve (-) samenhang tussen depressieve symptomen, chronische aandoeningen en overgewicht, eigen-effectiviteitsverwachtingen en het willen deelnemen aan een bewegprogramma.

De eerste onderzoeksvraag is: ‘Hoe is de samenhang tussen depressieve symptomen, chronische aandoeningen (of overgewicht) en eigen-effectiviteitsverwachtingen bij cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg?’. Zoals in Figuur 1 naar voren komt, wordt op grond van de besproken onderzoeken verwacht dat cliënten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan cliënten zonder deze symptomen. Het gaat hierbij om zowel algemene als fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen. Ook wordt verwacht dat cliënten met een chronische aandoening of overgewicht lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan cliënten zonder een dergelijke aandoening of overgewicht. Dit in tegenstelling tot algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen, waarvoor geen aanwijzingen zijn dat deze samenhangen met chronische aandoeningen of overgewicht. Verder wordt verondersteld dat de samenhang tussen depressieve symptomen en fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen onafhankelijk is van het al dan niet hebben van een chronische aandoening of overgewicht (zie Figuur 1). Verwacht wordt dan ook dat cliënten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan cliënten zonder deze symptomen, ongeacht of er sprake is van chronische aandoeningen of overgewicht.

De tweede onderzoeksvraag is: ‘In hoeverre zijn eigen-effectiviteitsverwachtingen en de ernst van de klinisch betekenisvolle depressieve symptomen predictoren van het willen deelnemen aan een bewegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg?’ (zie Figuur 1). Verwacht wordt dat er bij personen met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen samenhang is tussen eigen-effectiviteit (algemeen en fysiek), hun symptomen en het willen deelnemen aan een bewegprogramma, waarbij a) de mate van algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen en b) fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen positief gerelateerd zijn aan het willen deelnemen aan een bewegprogramma en c) de ernst van de depressieve symptomen negatief gerelateerd is aan het willen

deelnemen aan een beweegprogramma. In het onderzoek wordt het willen deelnemen aan een beweegprogramma geoperationaliseerd door de aangegeven mate van interesse om hieraan deel te nemen.

Methode

Participanten

Voor participatie aan het onderzoek werden volwassen cliënten van huisartsen benaderd van vier gezondheidscentra, te weten in Den Haag, Tiel, Oost-Souburg en Rotterdam. Het gaat om huisartsen die participeren in pilottrajecten die gemonitord worden door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) in samenwerking met het Trimbos-instituut. In deze pilottrajecten kunnen personen met depressieve symptomen meedoen aan een beweegprogramma. In dit programma worden deelnemers maximaal een jaar door een leefstijladviseur begeleid naar een actieve leefstijl. Keuze voor type en frequentie van de beweegactiviteiten bepalen cliënten in samenspraak met deze adviseur.

Voor de benadering van cliënten werden verschillende strategieën gehanteerd, afhankelijk van de wensen van de betrokken gezondheidscentra. In het gezondheidscentrum in Den Haag en Oost-Souburg is er voor gekozen dat respectievelijk de GGZ praktijkondersteuner (POH- GGZ) en de huisarts cliënten benaderden voor deelname aan het onderzoek. Cliënten werden door hen gevraagd om een vragenlijst in te vullen en naar het Trimbos-instituut op te sturen. In de gezondheidscentra in Tiel en Rotterdam heeft de onderzoeker zelf cliënten in de wachtkamer van de betrokken huisartsen gevraagd of zij ter plaatse een vragenlijst wilde invullen. Met name in Rotterdam gaven enkele cliënten aan niet mee te willen doen vanwege onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. Andere redenen die werden genoemd om niet mee te willen doen waren bijvoorbeeld: geen zin of het idee hebben dat men zo voor een consult bij de huisarts of POH opgeroepen kon worden.

Inclusie criteria voor participatie in dit onderzoek waren 1) leeftijd boven 18 jaar en 2) niet voldoen aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB). Voor laatstgenoemde inclusie criterium werd gekozen ter voorkoming van een eventueel modererende rol van het huidige bewegingsgedrag (zie Inleiding). Voor volwassenen houdt deze norm in dat men dagelijks minstens een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteiten dient te verrichten op minimaal 5 dagen per week (NISB, 2011).

Instrumenten

Ten behoeve van het onderzoek werd een vragenlijst samengesteld, bestaande uit de volgende onderdelen:

Demografische- en gezondheidskenmerken. Gevraagd werd naar sekse, leeftijd, chronische lichamelijke aandoeningen, lengte en gewicht. Door het gewicht te delen door de lengte in het

kwadraat kon de Body Mass Index (BMI) worden bepaald, waarbij een BMI ≥ 30 een indicatie geeft voor ernstig overgewicht.

Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB). Om te bepalen of participanten wel of niet voldoende bewegen, werd gebruik gemaakt van een vraag uit de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO, Mulier-Instituut, 2011). Gevraagd werd naar het aantal dagen per week dat men tenminste 30 minuten per dag lichaamsbeweging had, uitgaande van een gewone week in de afgelopen maand.

'Center of Epidemiologic Studies-Depression Scale' (CES-D). Om depressieve symptomen te meten werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de CES-D (Bouma, Ranchor, Sanderman & Van Sonderen, 1995). Deze zelfrapportage vragenlijst bevat twintig items die betrekking hebben op depressieve symptomen in de afgelopen week. Bij alle items kan men op een vierpuntsschaal aangeven op hoeveel dagen men de uitspraak van toepassing vindt. De totaalscore loopt van 0 tot 60. Conform de bepaling van (sub)klinische depressie in bevolkingsgroepen werd gesteld dat participanten met een CES-D ≥ 16 klinisch betekenisvolle depressieve symptomen hebben (Berman & Furst, 2011; Bouma et al., 1995). Ten aanzien van de validiteit van de CES-D blijken soms zeer hoge correlaties met (sub)schalen die een vergelijkbaar domein bestrijken (Bouma et al., 1995). De test-hertestcorrelatie van de CES-D op eenzelfde dag is .90 (Bouma et al., 1995). Wat betreft de interne consistentie werd in dit onderzoek een Chronbachs α van .92 gevonden, wat valt binnen de range van .79 tot en met .92 die eerder is gevonden (Bouma et al., 1995).

Algemene Competentie Schaal (ALCOS). De algemene eigen-effectiviteit werd gemeten met de Nederlandse 12-item versie van de *General Self-Efficacy Scale* (Sherer et al., 1982). Deze Nederlandse schaal (Bosscher et al., 1997) bestaat uit 12 beweringen die betrekking hebben op de domeinen: competentie (4 items), bereidheid om gedrag te initiëren (5 items) en doorzettingsvermogen bij tegenslag (3 items). Bij alle beweringen (bijvoorbeeld "Ik begin niet aan het leren van nieuwe dingen, wanneer ze mij te moeilijk lijken") kan op een vijfpunts Likert-schaal aangegeven worden in hoeverre de bewering van toepassing is, variërend van helemaal eens tot helemaal oneens. Uit factor analytisch onderzoek van Bosscher en Smit (1998) blijkt dat een 3 factoren model past op onderzoeksgegevens die verkregen zijn met de ALCOS, maar dat een model met één hogere orde factor nog beter past. Wat betreft de interne consistentie werd in dit onderzoek een Chronbachs α van .79 gevonden, wat valt binnen de range van .69 tot en met .80 die eerder is gevonden (Bosscher et al., 1997, Cooper, Huisman, Kuh, & Deeg, 2011; Ten Klooster et al., 2012).

Lichamelijke Vaardigheden Schaal (LIVAS). Voor het meten van de fysieke eigen-effectiviteit werd de LIVAS gehanteerd (Bosscher, Laurijssen & de Boer, 1992). Dit is een vertaalde en aangepaste versie van de subschaal van de *Physical Self-Efficacy Scale* ontwikkeld door Ryckman, Robbins, Thornton en Cantrell (1982). De schaal bevat 10 uitspraken met betrekking tot fysieke vaardigheden. Iedere uitspraak wordt ingeleid door de zinsnede "Vergeleken met de meeste mensen van mijn leeftijd..." gevolgd door een fysieke vaardigheid of capaciteit. Antwoordcategorieën zijn bijvoorbeeld 'veel leniger', 'iets leniger', 'even lenig', 'iets stijver' en 'veel stijver'. De totaalscore

loopt van 10 tot 50. Ten aanzien van de constructvaliditeit wijst eerder onderzoek uit dat de correlatie tussen ALCOS en LIVAS .24 is (Bosscher et al., 1997). Wat betreft de interne consistentie werd in dit onderzoek een Chronbachs α van .90 gevonden, wat valt binnen de range van .80 tot en met .93 die eerder is gevonden (Bosscher et al., 1992; Stevens, Bakker-van Dijk, de Greef, Lemmink & Rispens, 2001).

Interesse in deelname bewegprogramma. Voor het meten van de interesse werd de vraag gesteld in hoeverre men interesse heeft om aan een bewegprogramma deel te nemen. Dit programma werd in globale bewoordingen omschreven, als een programma voor mensen die zich somber, gespannen voelen, weinig zin meer hebben om iets te ondernemen of aan leuke dingen weinig plezier beleven. Aangegeven werd dat “Door te bewegen kunt u zich energiever en meer ontspannen gaan voelen en nemen eventuele sombere gedachten af” en “De keuze voor type en frequentie van de beweegactiviteiten bepaalt u in samenspraak met uw adviseur. Deze adviseur begeleidt u naar een actieve leefstijl en is verbonden aan uw gezondheidscentrum”. Op de vraag kan men antwoorden op een 11-puntsschaal, van ‘helemaal geen’ tot ‘zeer sterke’ interesse.

Procedure

Onder cliënten van de vier betrokken gezondheidscentra werd een vragenlijst verspreid. In het begeleidend schrijven werd aangegeven dat het gaat om een onderzoek naar stemming en bewegen. Omdat participanten in sommige gevallen niet rechtstreeks contact hadden met de onderzoeker, werd in het begeleidend schrijven van de vragenlijst aangegeven dat invullen van de vragenlijst een impliciete toestemming inhield (impliciete ‘informed consent’). Daarbij werd vermeld dat het de participant vrij was om de vragenlijst in te vullen, en vrij was om op elk moment de deelname aan het onderzoek te beëindigen. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 5 tot 10 minuten. Aan het einde van de vragenlijst werd participanten, wanneer zij interesse hadden om deel te nemen aan een bewegprogramma, gevraagd om hun adresgegevens te noteren. Daarbij werd toestemming gevraagd om de ingevulde gegevens aan hun huisarts/gezondheidscentrum te verstrekken, zodat zij contact konden opnemen met de cliënt om deelname aan het programma te bespreken.

Data analyse

Onderzoeksvraag 1: Voor het onderzoeken van de onderzoeksverwachtingen van onderzoeksvraag 1 werd een multivariate variantieanalyse uitgevoerd (MANOVA). In deze MANOVA waren afhankelijke variabelen algemene en fysieke eigen-effectiviteit en onafhankelijke variabelen wel/geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen en wel/geen chronische aandoeningen of overgewicht. Vervolgens werden drie ANOVA’s uitgevoerd met als afhankelijke variabelen de drie domeinen van algemene eigen-effectiviteit (competentie, bereidheid om gedrag te initiëren en doorzettingsvermogen). Onafhankelijke variabelen waren ook hierbij wel/geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen en wel/geen chronische aandoeningen of overgewicht.

Daarnaast zijn t-toetsen uitgevoerd in zowel de groep participanten met chronische aandoeningen of overgewicht als de groep participanten zonder chronische aandoeningen of overgewicht. Hierbij was de afhankelijke variabele fysieke eigen-effectiviteit en onafhankelijke variabele wel/geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen.

De uitvoering van t-toetsen haakte in op de kanttekeningen die in de wetenschappelijke literatuur geplaatst worden bij de uitvoering van een (M)ANOVA om interactie effecten te onderzoeken (Landsheer, van den Wittenboer & Maassen, 2006; Rosnow & Rosenthal, 1995). Een belangrijke kanttekening is dat een (M)ANOVA onvoldoende sensitief kan zijn om interactie effecten te detecteren in met name niet-experimentele designs (Landsheer, van den Wittenboer & Maassen, 2006). Dit in tegenstelling tot het detecteren van hoofdeffecten. Landsheer et al. (2006) wijzen erop dat als er geen significant interactie effect gevonden wordt met een (M)ANOVA, nadere analyses van belang kunnen zijn afhankelijk van de verwachtingen in het onderzoek.

Bij de MANOVA en de ANOVA's werd de effectgrootte van de factoren berekend met behulp van 'eta squared (η^2)' (conform Pierce, Block & Aguinis, 2004). De effectgrootte bij de t-toetsen werd bepaald met de Pearson's correlatie coëfficiënt r (Field, 2005). Voor r en $\sqrt{\eta^2}$ geldt dat .10 een klein effect, .30 een matig effect en .50 een groot effect impliceert (Field, 2005).

Toetsing van de aanname van normaliteit van de afhankelijke variabelen vond plaats voor vier groepen participanten (variërend op wel/geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen en wel/geen chronische aandoeningen of overgewicht) met behulp van de Kolmogorov-Smirnov test. Rekening houdend met kanskapitalisatie en de robuustheid van MANOVA, ANOVA en t-toetsen, bleek de data te voldoen aan de aanname van normaliteit (significantie waarde voor normaliteit $p \geq .01$).

Onderzoeksvraag 2: Om te onderzoeken welke variabelen (algemene eigen-effectiviteit, fysieke eigen-effectiviteit en depressieve symptomen) bijdragen aan de variantie in de interesse in deelname aan een beweegprogramma, werd een meervoudige regressie analyse uitgevoerd. Aangezien uitgegaan werd van de theorie van gepland gedrag en het ASE-model (zie Inleiding), waarin eigen-effectiviteitsverwachtingen centraal staan, is in stap 1 van de analyse algemene en fysieke eigen-effectiviteit opgenomen. In stap 2 volgde depressieve symptomen, om een eventuele aanvullende bijdrage aan de variantie van interesse te kunnen onderzoeken. Aan de aannamen voor het toepassen van een regressie analyse werd voldaan, zoals geen perfecte multicollineariteit, homoscedasticiteit en normaal verdeelde errors.

Resultaten

Aan het onderzoek namen 101 participanten deel, waarvan 45 (45%) participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen. De leeftijd van de participanten varieerde van 18 tot en met 80 jaar. Een meerderheid van de participanten was vrouw en ongeveer de helft van de participanten had één of meerdere chronische aandoeningen of overgewicht (zie Tabel 1). De chronische aandoeningen die het meest voorkwamen waren: luchtwegaandoeningen (astma, COPD) (n=11), diabetes (n=10), artrose (n=9), hart- en vaatziekten (n=5), hoge bloeddruk (n=4) en huidproblemen (eczeem, psoriasis) (n=3). Zoals ook in Tabel 1 staat, voldeden 55 (54%) participanten niet aan de NNGB. Gezien het grote percentage participanten dat zou afvallen voor dit onderzoek (46%), is besloten om het inclusiecriteria 'niet voldoen aan de NNGB' te laten vervallen.

De gemiddelde CES-D score van de participanten zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen was 7.46 (SD = 4.30; range 0-15) en van de participanten met deze symptomen 26.53 (SD = 8.45; range 16-49). Tussen de participanten met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen werden geen significante verschillen gevonden in de gemiddelde leeftijd ($t(97) = 1.84, p = .07$), de verdeling van mannen en vrouwen ($\chi^2(1, N=101) = .73, p = .39$), de gemiddelde BMI ($t(99) = -1.08, p = .28$), percentage wel/niet overgewicht ($\chi^2(1, N=101) = .10, p = .75$), percentage met/zonder chronische aandoening ($\chi^2(1, N=97) = .42, p = .52$), percentage met/zonder chronische aandoening dan wel overgewicht ($\chi^2(1, N=98) = .20, p = .65$) en percentage dat wel/niet voldoet aan de NNGB ($\chi^2(1, N=101) = .36, p = .55$).

Tabel 1

Demografische - en gezondheidskenmerken van participanten zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen (GKDS) en met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen (KDS).

| | Totaal (N=101) | GKDS (n=56) | KDS (n=45) |
|---------------------------------------------|-------------------|----------------|---------------|
| Leeftijd (jaren): M (SD) | 47.3 (15.7) | 49.9 (16.1) | 44.2 (14.8) |
| Vrouwen: n (%) | 65 (64) | 34 (61) | 31 (69) |
| Van gezondheidscentrum: n (%) | | | |
| • Den Haag | 2 (2) | 0 (0) | 2 (4) |
| • Oost-Souburg | 31 (31) | 14 (25) | 17 (33) |
| • Tiel | 39 (39) | 28 (50) | 11 (24) |
| • Rotterdam | 29 (29) | 14 (25) | 15 (33) |
| BMI: M (SD) | 26.6 (4.8) | 26.1 (4.2) | 27.1(5.4) |
| Overgewicht (BMI \geq 30): n (%) | 21 (21) | 11(20) | 10 (22) |
| Chronische aandoening: n (%) | 45 (46) | 23 (43) | 22 (50) |
| Chronische aandoening of overgewicht: n (%) | 51 (52) | 27 (50) | 24 (55) |
| Voldoet niet aan NNGB: n (%) | 55 (54) | 29 (52) | 26 (58) |

Onderzoeksvraag 1: Samenhang tussen eigen-effectiviteit, depressieve symptomen en chronische aandoening of overgewicht

Voor onderzoeksvraag 1 zijn alle participanten met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen in ogenschouw genomen. In Tabel 2 staat voor hen de gemiddelde scores op algemene en fysieke eigen-effectiviteit, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen participanten met en zonder chronische aandoening of overgewicht. Toetsing met een MANOVA liet significante hoofdeffecten zien van de factoren depressieve symptomen en chronische aandoening (of overgewicht) op algemene en fysieke eigen-effectiviteit.

Tabel 2

Gemiddelde scores van algemene en fysieke eigen-effectiviteit en standaarddeviaties voor participanten met/zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen en met/zonder chronische aandoeningen of overgewicht.

| | GKDS- nchr | | | GKDS- chr | | | KDS- nchr | | | KDS- chr | | |
|------------------------------|------------|-------|------|-----------|-------|------|-----------|-------|------|----------|-------|------|
| | n | Gem | SD | n | Gem | SD | n | Gem | SD | n | Gem | SD |
| Algemene eigen-effectiviteit | 27 | 46.11 | 4.38 | 27 | 43.00 | 6.37 | 20 | 39.00 | 5.85 | 24 | 37.75 | 7.31 |
| - competentie | 27 | 15.56 | 2.19 | 27 | 14.15 | 3.56 | 20 | 11.50 | 2.59 | 24 | 11.38 | 3.25 |
| - initiatief nemen | 27 | 10.52 | 2.12 | 27 | 9.44 | 3.07 | 20 | 9.00 | 2.58 | 24 | 8.92 | 2.83 |
| - doorzetten bij tegenslag | 27 | 20.04 | 2.47 | 27 | 19.41 | 3.47 | 20 | 18.50 | 2.31 | 24 | 17.46 | 4.39 |
| Fysieke eigen-effectiviteit | 27 | 33.04 | 7.10 | 27 | 30.22 | 7.20 | 19 | 32.11 | 8.10 | 24 | 23.88 | 8.71 |

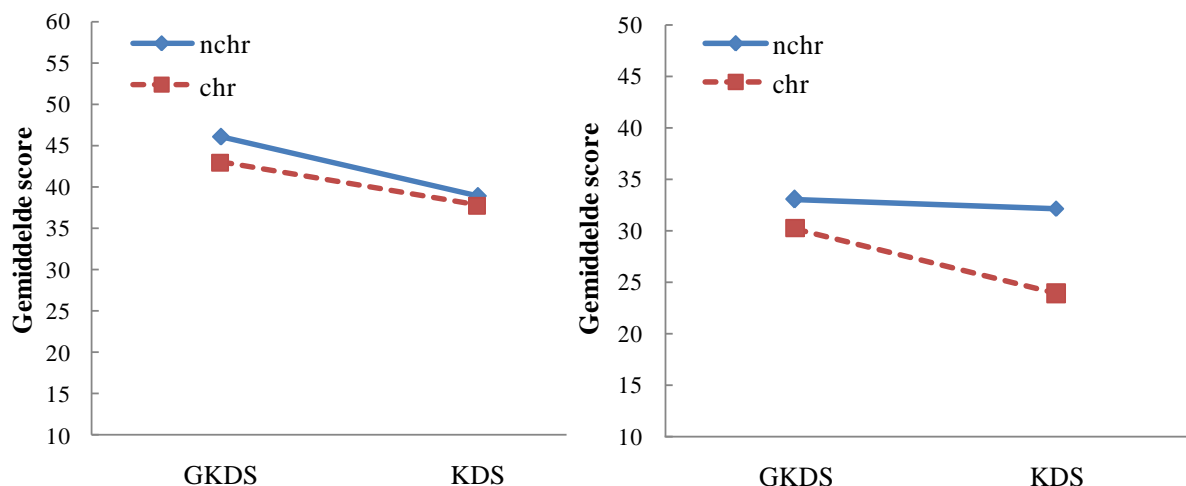
Noot: GKDS = geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen, KDS = klinisch betekenisvolle depressieve symptomen, nchr = noch chronische aandoeningen, noch overgewicht, chr = chronische aandoening of overgewicht.

Voor algemene eigen-effectiviteit werd een significant hoofdeffect van depressieve symptomen gevonden ($F(1,93) = 24.38, p < .01, \eta^2 = .20$), waarbij participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen hadden dan zonder deze symptomen. Er werd geen hoofdeffect gevonden van chronische aandoening of overgewicht en geen interactie-effect tussen depressieve symptomen en chronische aandoening of overgewicht. Zoals verwacht hadden personen met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen significant lagere algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen dan personen zonder deze symptomen, ongeacht of er sprake was van chronische aandoeningen of overgewicht (zie Figuur 2).

Uit nadere toetsing met ANOVA's voor de drie domeinen van algemene eigen-effectiviteit, bleek dat participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere competentie

verwachtingen hadden ($F(1,94) = 32.07, p < .01, \eta^2 = .25$) en lagere verwachtingen omtrent ‘doorzetten bij tegenslag’ ($F(1,94) = 6.78, p < .05, \eta^2 = .07$). Het betreft een groot hoofdeffect van depressieve symptomen op competentie verwachtingen en een klein hoofdeffect van depressieve symptomen op verwachtingen omtrent doorzetten bij tegenslag. Voor ‘initiatief nemen’ werd geen hoofdeffect van depressieve symptomen gevonden.

Voor fysieke eigen-effectiviteit werd een significant hoofdeffect gevonden van depressieve symptomen ($F(1,93) = 5.24, p < .05, \eta^2 = .05$), waarbij participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hadden dan zonder deze symptomen. Ook werd een significant hoofdeffect gevonden van chronische aandoening of overgewicht ($F(1,93) = 12.07, p < .01, \eta^2 = .11$), waarbij personen met een chronische aandoening of overgewicht lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hadden dan personen zonder aandoening of overgewicht. Verder liet toetsing met een MANOVA geen interactie-effect zien tussen depressieve symptomen en chronische aandoening of overgewicht ($F(1,93) = 2.90, p > .05, \eta^2 = .03$), hoewel Figuur 2 de indruk wekt dat van een dergelijk effect sprake is (zie Methode, kanttekening MANOVA).



Figuur 2. De gemiddelde score op algemene eigen-effectiviteit (links) en op fysieke eigen-effectiviteit (rechts) voor personen met/zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen en met/zonder chronische aandoening of overgewicht. GKDS = geen klinisch betekenisvolle depressieve symptomen, KDS = klinisch betekenisvolle depressieve symptomen, nchr = noch chronische aandoeningen, noch overgewicht, chr = chronische aandoening of overgewicht.

Uit inspectie van Figuur 2 en nadere analyses met t-toetsen kwam naar voren dat de gevonden hoofdeffecten vooral erop duiden dat één groep participanten relatief lage fysieke eigen-effectiviteitsscores heeft. Dit betreft de groep participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen én chronische aandoeningen (of overgewicht) (groep KDS-*chr*) in vergelijking met de andere drie groepen (KDS-*nchr*, GKDS-*nchr* en GKDS-*chr*). Zoals verwacht werd voor participanten

met chronische aandoeningen of overgewicht die ook klinische depressieve symptomen hadden, een significant lagere fysieke eigen-effectiviteit gevonden in vergelijking met degenen die deze symptomen niet hadden ($t(49) = 2.85, p < .01, r = .38$). De effectgrootte hiervan was matig. In tegenstelling tot verwacht werd bij participanten zonder chronische aandoeningen of overgewicht geen significant verschil gevonden in fysieke eigen-effectiviteit tussen participanten met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen ($t(44) = .41, p > .05, r = .06$).

Onderzoeksvraag 2: Predictoren van het willen deelnemen aan een beweegprogramma

Voor onderzoeksvraag 2 zijn uitsluitend participanten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen in ogenschouw genomen. Zij hadden op de schaal om de interesse voor een beweegprogramma vast te stellen, een gemiddelde score van 5.82 (SD = 3.14). In Tabel 3 staan de resultaten van een meervoudige regressie analyse, waarbij algemene en fysieke eigen-effectiviteit en depressieve symptomen opgenomen waren als voorspellers van de interesse voor een beweegprogramma. Alleen depressieve symptomen leverden een significante bijdrage in het verklaren van de variantie in interesse. Algemene en fysieke eigen-effectiviteit werden vanwege het ontbreken van deze bijdrage uitgesloten in het model. Dit model met depressieve symptomen verklaarde 12% van de variantie in interesse. In tegenstelling tot verwacht hadden personen met ernstigere depressieve symptomen meer interesse in een beweegprogramma dan personen met minder ernstigere symptomen.

Tabel 3

Samenvatting van de lineaire regressie analyse voor het voorspellen van interesse in het beweegprogramma (N=44).

| | <i>B</i> | <i>SE B</i> | <i>95% CI B</i> | β | <i>Sig.</i> | <i>R</i> ² | ΔR^2 |
|-----------------------|----------|-------------|-----------------|---------|-------------|-----------------------|--------------|
| Model ^a | | | | | .02* | .12 | .10 |
| Constante | 2.39 | 1.51 | -.67 - 5.45 | | .12 | | |
| Depressieve symptomen | .13 | .05 | .02 - .24 | .35 | .02* | | |

^aVerwijderd uit model: algemene en fysieke eigen-effectiviteit, respectievelijk $\beta = .15, p = .31$ en $\beta = -.01, p = .95$.

Discussie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat, overeenkomstig met de verwachting in onderzoeksvraag 1, cliënten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen hadden dan cliënten zonder deze symptomen. Een vergelijkbaar verschil in fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen werd gevonden tussen cliënten met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen, echter alleen bij cliënten met een chronische aandoening of overgewicht. Verder bleek in tegenstelling tot de verwachtingen in onderzoeksvraag 2, dat de mate van eigen-effectiviteit niet gerelateerd was aan het willen deelnemen aan een beweegprogramma. De ernst van de klinisch betekenisvolle depressieve symptomen bleek dat zoals verwacht wel, maar was in tegenstelling tot verwacht juist positief gerelateerd aan het willen deelnemen aan een beweegprogramma.

Onderzoeksvraag 1: Samenhang tussen eigen-effectiviteit, depressieve symptomen en chronische aandoeningen of overgewicht

De veronderstelde negatieve samenhang tussen depressieve symptomen en algemene eigen-effectiviteit werd bevestigd. Dit geldt ook voor de negatieve samenhang tussen chronische aandoeningen of overgewicht en fysieke eigen-effectiviteit. Vermoedelijk zouden de verschillen in fysieke eigen-effectiviteit tussen cliënten met en zonder chronische aandoening desalniettemin sterker zijn geweest als alle aandoeningen de fysieke vaardigheden/capaciteiten beïnvloeden. Voor de meeste chronische aandoeningen van de cliënten in dit onderzoek (zoals luchtwegaandoeningen en diabetes) lijkt deze beïnvloeding aannemelijk. Echter, enkele cliënten hadden bijvoorbeeld last van chronische huidproblemen wat nauwelijks gerelateerd lijkt te kunnen worden aan fysieke vaardigheden/capaciteiten zoals reactietijd, kracht en traplopen.

In tegenstelling tot de verwachtingen duiden de resultaten erop dat de samenhang tussen depressieve symptomen en fysieke eigen-effectiviteit niet onafhankelijk is van het al dan niet hebben van een chronische aandoening of overgewicht. Bij cliënten met een chronische aandoening, bleek zoals verwacht dat degenen met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen lagere fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen hebben dan degenen zonder deze symptomen. Dit lijkt overeen te komen met het onderzoek van Davis-Berman (1990) onder ouderen in een woonzorgcentrum, die vermoedelijk, zo niet waarschijnlijk, één of meerdere chronische aandoeningen hadden. Davis-Berman (1990) vond eveneens een negatieve samenhang tussen fysieke eigen-effectiviteit en depressieve symptomen.

Voor cliënten zonder chronische aandoening werd in dit onderzoek geen significant verschil gevonden tussen degenen met en zonder klinisch betekenisvolle depressieve symptomen. Het is niet waarschijnlijk dat er geen verschil werd gevonden vanwege de grootte van de onderzoekspopulatie. Uit aanvullende berekening bleek dat de gevonden sterkte van de samenhang dermate laag is, dat er

meer dan 2000 cliënten nodig zijn om met 80% kans een significant verschil te vinden (als het verschil er zou zijn). Een alternatieve verklaring kan gelegen zijn in de meting van fysieke eigen-effectiviteit. Metingen met behulp van de gehanteerde fysieke eigen-effectiviteitsschaal reflecteren de eigen fysieke vaardigheden, het vertrouwen in deze vaardigheden alsmede de waardering van deze vaardigheden (Hu, McAuley & Elavsky, 2005; Stevens et al., 2001). Laatstgenoemde heeft betrekking op de mate waarin iemand tevreden is met zijn vaardigheden. Mogelijk wordt alleen het vertrouwen in en waardering van de fysieke vaardigheden negatief beïnvloed door depressieve symptomen, als er zich beperkingen in deze fysieke vaardigheden voordoen. Bij cliënten zonder chronische aandoeningen zijn deze beperkingen niet aanwezig, in tegenstelling tot bij cliënten met chronische aandoeningen. Conform deze verklaring bleken cliënten met een chronische aandoening of overgewicht én klinisch depressieve symptomen relatief lage fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen te hebben.

Onderzoeksvraag 2: Predictoren van het willen deelnemen aan een bewegprogramma

Kijkend naar de resultaten, werd in tegenstelling tot de verwachting gevonden dat het willen deelnemen aan een bewegprogramma niet negatief maar juist positief samenhangt met de ernst van de klinisch betekenisvolle depressieve symptomen. Een verklaring voor deze positieve relatie zou gelegen kunnen zijn in de mate waarin lijdensdruk of disfunctioneren werd ervaren. Zoals in de inleiding naar voren kwam, veronderstelde Van der Waerden (2011) reeds dat aantasting van het functioneren positief samenhangt met de motivatie om deel te willen nemen aan een preventieprogramma met bewegingsactiviteiten. Onderzoek van Angst et al. (2010) onder personen tussen de 20 en 40 jaar met diverse (sub)klinische psychiatrische stoornissen, waaronder depressie, wees uit dat subjectieve lijdensdruk het zoeken naar een behandeling voor de stoornis voorspeld. Hoe meer de onderzochte personen last hadden van hun stoornissen, hoe vaker zij hiervoor naar bijvoorbeeld een arts of psycholoog waren gegaan. Vergelijkbaar hiermee lijkt het aannemelijk dat ook het willen deelnemen aan een bewegprogramma samenhangt met de mate waarin een cliënt lijdensdruk of disfunctioneren ervaart.

Zowel algemene als fysieke eigen-effectiviteit waren in dit onderzoek geen significante predictoren van het willen deelnemen aan een bewegprogramma. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Mogelijk zijn algemene en fysieke eigen-effectiviteit te algemeen geoperationaliseerd om als voorspellers van het willen deelnemen aan een bewegprogramma op te treden. Een zekere mate van algemeenheid in de operationalisatie van eigen-effectiviteitsverwachtingen leek echter wenselijk aangezien in het programma de bewegingsactiviteiten naar voorkeur van de cliënt ingevuld werden. Gezien de veelheid aan mogelijke bewegingsactiviteiten in het programma, was het specificeren van de eigen-effectiviteitsverwachtingen per activiteit praktisch niet uitvoerbaar.

Een andere verklaring voor het tegenvallende voorspellende vermogen van eigen-effectiviteitsverwachtingen kan gelegen zijn in het beperkt aantal cliënten dat bij onderzoeksvraag 2 in ogenschouw werd genomen. Hierdoor kan een eventueel klein voorspellend effect van eigen-

effectiviteitsverwachtingen niet tot uiting zijn gekomen in het regressiemodel. Bovenal lijkt echter een verklaring gezocht te kunnen worden in het feit dat de beweegactiviteiten naar voorkeur van de cliënt ingevuld werden. Immers, door aan te sluiten op de cliënt's fysieke vaardigheden en wensen zou het mogelijk kunnen zijn dat zowel personen met hoge als lage fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen interesse hebben in een dergelijk programma. Eenzelfde redenering gaat op ten aanzien van algemene eigen-effectiviteit. Door begeleiding aan te bieden vanuit het gezondheidscentrum voor het bereiken van een actieve leefstijl, wordt een minder groot beroep gedaan op aspecten als zelf plannen kunnen maken en doorzetten bij tegenslag (aspecten in het kader van algemene eigen-effectiviteit). Nader onderzoek is nodig waarin de beschrijving van het beweegprogramma varieert. Dit vervolgonderzoek kan uitwijzen of de relatie tussen eigen-effectiviteitsverwachtingen en het willen deelnemen aan een programma varieert naar gelang de beschrijving van het programma.

Hoewel de ernst van de klinisch betekenisvolle depressieve symptomen een predictor was, lijkt het voorbarig om te concluderen dat de theorie van gepland gedrag en het vergelijkbare ASE-model (zie Inleiding) aangevuld moet worden als het gaat om depressieve cliënten. In plaats van het aanvullen van deze theorieën met lijdensdruk, zou onderzocht kunnen worden in hoeverre lijdensdruk samenhangt met het inschatten van de voor- en nadelen van de behandeling. Deze inschatting van voor- en nadelen valt in de genoemde theorieën onder de noemer 'attitude'. Gezien de grootte van de omvang van het deel van de variantie dat niet verklaard kon worden met behulp van de ernst van de depressieve symptomen, lijken de theorieën echter niet geheel volledig.

Vervolgonderzoek naar andere predictoren van het willen deelnemen aan een beweegprogramma bij depressieve cliënten lijkt gewenst. Gedacht kan worden aan predictoren als sociale invloed/norm (zoals genoemd in de theorie van gepland gedrag en ASE-model) en onderliggende genetische factoren die personen zowel gevoelig maken voor depressieve symptomen als voor een inactieve levensstijl (Bartels et al., 2012). Ook zou coping stijl een predictor kunnen zijn, ofwel hoe iemand met dagelijkse stress omgaat. Uit onderzoek blijkt dat coping stijlen van cliënten samenhangen met de mate waarin zij profiteren van diverse interventies (zoals cognitieve therapie en gedragstherapie) (Clarkin, & Levy, 2004). Wellicht hangen coping stijlen van cliënten ook samen met hun voorkeur voor bepaalde interventies.

Kanttekeningen ten aanzien van het onderzoek

Een belangrijke kanttekening die geplaatst moet worden, betreft de generalisatie van de resultaten naar andere depressieve personen dan degenen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Enerzijds kunnen de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar personen met depressieve symptomen die hun huisarts niet bezoeken. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat depressieve personen hun huisarts niet bezoeken omdat zij vertrouwen hebben in hun eigen kracht en/of gebruik willen maken van (online) zelfhulpprogramma's tegen depressie (Prins et al., 2011). Anderzijds is het niet mogelijk om te generaliseren naar cliënten met depressieve symptomen uit de tweedelijns

gezondheidszorg. Zoals in de inleiding naar voren kwam, wordt in de klinische praktijk ervaren dat vooral cliënten met ernstigere depressieve stoornissen moeilijk te activeren zijn om aan een beweegprogramma deel te nemen. Wellicht geldt dat gevoelens van apathie, hopeloosheid en een laag energieniveau sterker zijn bij cliënten in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met cliënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen in hoeverre deze groepen depressieve personen willen deelnemen aan een beweegprogramma en welke factoren hiermee samenhangen.

Een andere kanttekening is dat in de analyses het huidige beweegpatroon niet meegenomen werd, aangezien anders een aanzienlijk percentage van de participanten uitgesloten zou worden in dit onderzoek. Deze beslissing had echter geen significante impact op de bevindingen. Bij aanvullende analyses waarin gecontroleerd werd voor het wel of niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, werd namelijk een vergelijkbaar resultatenpatroon gevonden. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat in dit onderzoek gebruik werd gemaakt van een eenvoudige zelfrapportage vragenlijst die onder- en overschattingen van het huidig beweegpatroon kan hebben gegeven (Jans, Verheijden, Hendriksen & Hildebrandt, 2006). Om meer zicht te krijgen op een mogelijk modererende rol van het huidige beweegpatroon op het willen deelnemen aan een beweegprogramma, is vervolgonderzoek nodig onder een grotere steekproef van cliënten. Daarbij lijkt het aan te raden om met een dagboekje te werken waarin het bewegingspatroon gedurende een paar weken wordt bijgehouden. Een dergelijk dagboekje biedt over het algemeen een getrouwere afspiegeling van het beweegpatroon dan een vragenlijst, aangezien cliënten minder hoeven te vertrouwen op hun (selectieve) geheugen (Tiessen-Raaphorst, van Ingen & Breedveld, 2009).

Verder kan een kanttekening geplaatst worden bij de operationalisatie van het willen deelnemen aan een beweegprogramma. De interesse om aan een beweegprogramma deel te nemen werd gemeten met één vraag, waardoor een aanzienlijk risico bestaat dat de aangegeven interesse niet overeenkomt met de daadwerkelijke interesse van cliënten. Eén van de basisprincipes binnen de testtheorie is immers dat hoe meer vragen een test heeft, hoe minder de resultaten vertekend worden door eventuele fouten in de meting (Cronbach, 1990). Toch lijkt met behulp van de gestelde vraag een degelijke indicatie te worden verkregen van de daadwerkelijke interesse. Uit aanvullende analyse bleek namelijk dat de aangegeven mate van interesse een goede voorspeller is van het al dan niet noteren van contactgegevens (met interesse kon in 82% van de gevallen een correcte voorspelling worden gedaan of gegevens werden genoteerd). Deze contactgegevens werden genoteerd door de cliënten als zij benaderd wilden worden voor deelname aan het programma. Hoewel uit de analyse ook bleek dat cliënten vervolgens niet allemaal daadwerkelijk zijn gaan deelnemen aan het beweegprogramma, doet deze bevinding geen afbreuk aan de verkregen indicatie van de interesse. Immers, ook in de theorie van gepland gedrag en het ASE-model (zie inleiding) komt naar voren dat de intentie om bepaald gedrag te gaan uitvoeren niet gelijk staat aan feitelijke gedragsverandering.

Tenslotte dient opgemerkt te worden dat het onderzoek inzicht geeft in de factoren die samenhangen met het willen deelnemen aan een bewegprogramma en niet met het daadwerkelijk deelnemen hieraan. Vervolgonderzoek is nodig naar voorspellende factoren van het daadwerkelijk gaan deelnemen van depressieve cliënten aan een bewegprogramma. Te denken valt wederom aan factoren als eigen-effectiviteitsverwachtingen, de hierboven genoemde sociale invloeden, genetische factoren en coping stijlen, maar ook aan programmagebonden factoren zoals kosten en het tijdstip van de beweegactiviteiten. In exploratieve navraag onder de deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners in dit onderzoek, kwamen diverse redenen naar voren waarom geïnteresseerde cliënten niet daadwerkelijk zijn gaan deelnemen aan het bewegprogramma. Zo werd aangegeven dat sommige cliënten reeds voldoende bewogen, (momenteel) te veel lichamelijke gezondheidsproblemen hadden om aan het programma deel te kunnen nemen en het naar hun inschatting bij sommige cliënten aan motivatie ontbrak om aan een actieve leefstijl te werken. In de literatuur wordt bovendien gewezen op factoren in de werkrelatie tussen huisarts en cliënt. Rouse, Ntoumanis, Duda, Jolly en Williams (2011) veronderstellen een positief effect op de mate waarin cliënten fysieke inspanning verrichten, als huisartsen bijvoorbeeld een empathische houding aannemen, relevante informatie geven en minimale druk uitoefenen.

Implicaties voor het motiveren van depressieve cliënten om fysieke inspanning te verrichten

Het onderzoek levert een aantal suggesties op voor het motiveren van depressieve cliënten om aan een bewegprogramma deel te nemen en het ontwikkelen van deze programma's. Allereerst lijken, uitgaande van de interesse van cliënten, bewegprogramma's gewenst voor cliënten in de eerstelijnszorg die eerder meer dan minder last hebben van hun depressieve symptomen. Daarbij zal ingespeeld dienen te worden op eventueel aanwezige chronische aandoeningen of overgewicht, aangezien de combinatie met depressieve symptomen samenhangt met relatief lage fysieke eigen-effectiviteitsverwachtingen. Vanwege deze relatief lage verwachtingen zal vooral bij hen waakzaamheid betracht moeten worden ten aanzien van de intensiteit en moeilijkheid van de fysieke activiteiten. Eén en dezelfde fysieke activiteiten voor alle cliënten met depressieve symptomen lijkt dan ook niet gewenst. Eerder, is een 'op maat' bewegprogramma nodig waarin de keuze voor type en frequentie van de fysieke activiteiten met de cliënt wordt bepaald. Een dergelijk programma lijkt bovendien de drempel om hieraan deel te nemen te verlagen, aangezien zowel cliënten met lage als hoge eigen-effectiviteitsverwachtingen hiervoor belangstelling hebben.

Ook is het van belang dat bewegprogramma's voor depressieve cliënten inspelen op de relatief lage algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen die zij hebben in vergelijking met degenen zonder deze symptomen. In de onderzoeksliteratuur omtrent eigen-effectiviteitsverwachtingen blijkt dat met lage algemene eigen-effectiviteitsverwachtingen voorzichtigheid geboden is met het toepassen van zelf-managementtechnieken zoals het maken van actieplannen (waarin doelen concreet worden uitgewerkt). Luszczynska, Schwarzer, Lippke en Mazurkiewicz (2011) vonden dat personen met hoge

eigen-effectiviteit wel profiteerden van planningsinterventies om een actieve leefstijl te bereiken en personen met lage eigen-effectiviteitverwachtingen niet. Doelen lijken voor depressieve cliënten in ieder geval niet te hoog gesteld te moeten worden (Bachman, Swenson, Reardon, & Miller, 2006).

Verder blijkt uit de onderzoeksliteratuur dat eigen-effectiviteitsverwachtingen verhoogd kunnen worden met motiverende gespreksvoering, waardoor verandering in gedrag waarschijnlijker wordt (Treasure, 2004). Motiverende gespreksvoering wordt reeds toegepast in programma's als de Beweegkuur voor cliënten met overgewicht en lijkt ook toepasbaar bij depressieve cliënten. Flynn (2011) raad bijvoorbeeld aan om motiverende gespreksvoering te integreren in de gedragsactivatie van depressieve cliënten. Aangezien het verhogen van de fysieke inspanning gezien kan worden als een vorm van gedragsactivatie (Brosse, Sheets, Lett & Blumenthal, 2002), ligt ook integratie van deze techniek in beweegprogramma's voor depressieve cliënten voor de hand. Met name lijkt het van belang om depressieve cliënten te motiveren om met de interventie door te blijven gaan en om weerstand voor onderdelen van de interventie te verminderen. Daarnaast zou het toepassen van motiverende gespreksvoering ook ertoe kunnen bijdragen dat depressieve cliënten niet alleen interesse hebben in een beweegprogramma, maar ook daadwerkelijk hieraan gaan deelnemen.

Tenslotte, nog een suggestie voor het eerder genoemde 'op maat' beweegprogramma waarin de keuze voor type en frequentie van de fysieke activiteiten met de cliënt wordt bepaald. Aangezien een toename in eigen-effectiviteit in de onderzoeksliteratuur veelal geassocieerd wordt met een afname in depressieve symptomen, lijkt het van belang dat er rekening mee wordt gehouden dat cliënten bij fysieke inspanning nieuwe vaardigheden kunnen opdoen. Zo vonden Bodin en Martinsen (2004) dat een trainingsprogramma waarin gefietst werd op een hometrainer gepaard ging met een minder grote toename in eigen-effectiviteit dan een programma met oosterse gevechtskunsten. Voor deelnemers aan het laatstgenoemde programma was deze activiteit nieuw, wat maakte dat zij meer vaardigheden moesten leren dan bij het fietsen op een hometrainer.

Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat hoe ernstiger de depressieve symptomen van cliënten hoe groter de motivatie om deel te nemen aan een beweegprogramma. Aangezien cliënten met klinisch betekenisvolle depressieve symptomen zich in eigen-effectiviteit onderscheiden van cliënten zonder dergelijke symptomen, is het van belang dat een programma hierop is afgestemd. Een 'op maat' beweegprogramma waarin de keuze voor type en frequentie van de fysieke activiteiten met de cliënt wordt bepaald, lijkt door cliënten gewild en voor hen ook wenselijk. In een dergelijk 'op maat' programma voor depressieve cliënten lijkt het verder van belang om bijvoorbeeld voorzichtig om te gaan met zelf-managementtechnieken en om technieken als motiverende gespreksvoering veelvuldig toe te passen. Nader onderzoek is nodig om uit te wijzen of de theoretische modellen met betrekking tot gedragsverandering aanvulling behoeven met lijdensdruk, als het gaat om depressieve cliënten en fysieke inspanning.

Literatuur

- Aan het Rot, M., Collins, K.A., & Fitterling, H.L. (2009). Physical exercise and depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 204-214.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: APA.
- Angst, J., Gamma, A., Clarke, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Regier, D. (2010). Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 488-498.
- Azar, D., Ball, K., Salmon, J., & Cleland, V.J. (2010). Physical activity correlates in young women with depression symptoms: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 7:3.
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Bachman, J., Swenson, S., Reardon, M.E., & Miller, D. (2006). Patient self-management in the primary care treatment of depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 76-85.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bartels, M., de Moor, M.H.M., van der Aa, N., Boomsma, D.I., & de Geus, E.J.C. (2012). Regular exercise, subjective wellbeing, and internalizing problems in adolescence: causality or genetic pleiotropy?. *Frontiers in Genetics*, 4 (3). Opgehaald 28 mei, 2012, van <http://www.frontiersin.org>.
- Berman, J., & Furst, L.M.L. (2011). *Depressed older adults. Education and screening*. New York: Springer publishing.
- Bodin, T., & Martinsen, E.W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 623-633.
- Bosscher, R., Laurijssen, L., de Boer, E. (1992). Competentie op latere leeftijd: een exploratieve studie. *Bewegen & Hulpverlening*, 3, 255-265.
- Bosscher, R.J. (1994). Self-efficacy expectations. In D.J.H. Deeg & M. Westendorp-de Seriere (Eds.). *Autonomy and well-being in the aging population. Report from the longitudinal aging study Amsterdam 1992-1993 (pp. 45-51)*. Amsterdam: VU uitgeverij.
- Bosscher, R.J., & Smit, J.H. (1998). Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy*, 36, 339-343.
- Bosscher, R.J., Smit, J.H., & Kempen, G.I.J.M. (1997). Een onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de algemene competentieschaal (ALCOS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 239-248.

- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., & van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: een handleiding*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Brosse, A.L., Sheets E.S., Lett, H.S., & Blumenthal, J.A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults. Recent findings and future directions. *Sports Medicine*, 32, 741-760.
- Chorus, J.M. & Hildebrandt, V.H. (2010). Bewegen in Nederland: de volwassen bevolking. In V.H. Hildebrandt, A.M.J. Chorus & J.H. Stubbe (Eds.) *Trendrapport bewegen en gezondheid 2008/2009* (pp 9-38). Leiden: TNO.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables in psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.). *Begin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Ed.* (pp. 194-226). New York: Wiley.
- Cooper, R., Huisman, M., Kuh, D., & Deeg, D.J.H. (2011). Do positive psychological characteristics modify the associations of physical performance with functional decline and institutionalization? Findings from the longitudinal aging study Amsterdam. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 468-477.
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140-147.
- Davis-Bergman, J. (1990). Physical self-efficacy, perceived physical status, and depressive symptomatology in older adults. *Journal of Psychology*, 124, 207-215.
- De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Vries, H. (1993). Determinanten van gedrag. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok, (Eds.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (pp.109-132). Assen: Van Gorcum.
- Dinas, P.C., Koutedakis, Y., & Flouris, A.S. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irisch Journal of Medical Science*, 180, 319-325.
- Dutta-Bergman, M.J. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: a critical interrogation. *Health communication*, 18, 103-122.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (second edition)*. Londen: SAGE Publications.
- Flynn, H.A. (2011). Setting the stage for the integration of motivational interviewing with cognitive behavioral therapy in the treatment of depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 46-54.
- Freedland, K.E. & Carney, R.M. (2009). Depression and medical illness. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression, second edition* (pp. 113-141). New York: The Guilford Press.
- Hu, L., McAuley, E., & Elavsky, S. (2005). Does the physical self-efficacy scale assess self-efficacy or self-esteem? *Journal of sport & exercise psychology*, 27, 152-170.

- Jans, M.P., Verheijden, M.W., Hendriksen, I.J.M. & Hildebrandt, V.H. (2006). *Nederlander weet eigen conditie slecht in te schatten. Resultaten Nationale Gezondheidstest 2005*. Leiden: TNO.
- Knapen, J., Vermeersch, J., Van Coppenolle, H., Cuykx, V., Pieters, G., & Peuskens, J. (2007). The physical self-concept in patients with depressive and anxiety disorders. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 14 (1)*, 30-35.
- Koopmans, B., Pouwer, F., de Bie, R.A., van Rooij, E.S., Leusink, G.L., & Pop, V.J., (2009). Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 diabetes. The DIAZOB primary care diabetes study. *Family Practic, 26*, 171-173.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J.A.C., Lawlor, D.A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 529-538.
- Landsheer, J.A., van den Wittenboer, G., & Maassen, G.H. (2006). Additive and multiplicative effects in a fixed 2 x 2 design using ANOVA can be difficult to differentiate: demonstration and mathematical reasons. *Social Science Research, 35*, 279-294.
- Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40 (2)*, 80-89.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology and Health, 26*, 151-166.
- McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 65-88.
- Mulier-instituut (2011). Actieve Leefstijl, Bewegen en Gezondheid. Opgehaald 2 oktober 2011, van <http://www.mulierinstituut.nl/projecten/monitoringprojecten/rso/ontwikkelgroep-rso.html>
- Multidisciplinaire richtlijn depressie (tweede revisie) (2011). Opgehaald 2 oktober 2011, van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/>
- Nederlands Huisarts genootschap (2012). NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M44_std.htm
- NISB (2010). *Handleiding BeweegKuur voor leefstijladviseur, versie 1.1*. Ede: auteur.
- NISB (2011). Beweegnorm. Opgehaald 2 oktober 2011, van <http://cbs.nisb.nl/30minuten/cat/256/Beweegnorm>.
- Orsega-Smith, E., Payne, L., Mowen, A., Ho, C., & Godbey, G. (2007). The role of social support and self-efficacy in shaping leisure time physical activity in older adults. *Journal of Leisure Research, 39 (4)*, 705-727.
- Palomo, T., Beninger, R.J., Kostrzewa, R.M., & Archer, T. (2008). Affective status in relation to impulsive, motor and motivational symptoms: personality, development and physical exercise. *Neurotoxicity Research, 14*, 151-168.

- Pierce, C.A., Block, R.A., Aguinis, H. (2004). Cautionary note on reporting eta-squared values from multivector anova designs. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 916-924.
- Pecukonis, E.V., (2009). Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *Pain Management Nursing*, 10, 116-123.
- Prins, M., Meadows, G., Bobevski, I., Graham, A., Verhaak, P., Van der Meer, K., Penninx, B., & Bensing, J. (2011). Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1033-1044.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rosnow, R.L., & Rosenthal, R. (1995). "Some things you learn aren't so": Cohen's paradox, Asch's paradigm, and the interpretation of interaction. *Psychological Science*, 6, 3-9.
- Rosquist, E., Heikkinen, E., Lyyra, T. M., Hirvensalo, M., Kallinen, M., Leinonen, R., et al. (2009). Factors affecting the increased risk of physical inactivity among older people with depressive symptoms. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19, 398-405.
- Rouse, P.C., Ntoumanis, N., Duda, J.L., Jolly & Williams, G.C. (2011). In the beginning: role of autonomy support on the motivation, mental health and intentions of participants entering an exercise referral scheme. *Psychology & Health*, 26, 729-749.
- Ryckman, R.M., Robbins, M. A., Thornton, B. & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a physical self-efficacy scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 891-900.
- Seime, R.J., & Vickers, K.S. (2006). The challenges of treating depression with exercise: from evidence to practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 194-197.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Stammes, R., & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 821-830.
- Stevens, M., Bakker-van Dijk, A., de Greef, M.H.G., Lemmink, K.A.P.M., & Rispens, P. (2001). A Dutch translation of a questionnaire assessing self-efficacy in leisure-time physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 223-232.
- Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2009). Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ten Klooster, P.M., Oostveen, J.C.M., Zandbelt, L.C., Taal, E., Drossaert, C.H.C., Harmsen, E.J. & van de Laar, M.A.F.J. (2012). Further validation of the 5-item perceived efficacy in patient-physician interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. *Patient Education and Counseling*, 87, 125-130.
- Tiessen-Raaphorst, A., van Ingen, E. & Breedveld, K. (2009). Gevonden en geschatte tijd; over de verschillen tussen wat men zegt aan sport en bewegen te doen, en wat daarvan zichtbaar wordt in

een dagboek. In K. Breedveld & A. Tiessen-Raaphorst, *Sporten gemeten. Methodologische aspecten van het onderzoek naar sportdeelname* (pp. 91-97). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337.

Van der Waerden, J.E.B. (2011). *Exercise without worries. Prevention of stress and depressive symptoms in women from disadvantaged communities. Proefschrift*. Maastricht: auteur.