

Wat beweegt schizofrenie?

Een beschrijvend kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het beweeggedrag van mensen met schizofrenie

Inleiding

In de afgelopen 10-15 jaar zijn de positieve effecten van een gezonde leefstijl en lichaamsbeweging op het welbevinden van mensen met psychiatrische aandoeningen wetenschappelijk aangetoond (Beebe *et al.*, 2005; Scheewe *et al.*, 2012). Nederland telt gemiddeld 160.000 mensen met ernstig psychische aandoeningen (EPA). Een van de meest invaliderende psychische aandoeningen is een stoornis in het schizofreniespectrum (Delespaul *et al.*, 2013). Mensen met schizofrenie hebben een 15-20 jaar kortere levensverwachting dan de algemene bevolking (De Hert *et al.*, 2011). Een belangrijke oorzaak die genoemd wordt is een inactievere leefstijl met als gevolg een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten en metabool syndroom. Langdurig gebruik van antipsychotica beïnvloedt de levensduur eveneens (Cahn *et al.*, 2008; Galletly *et al.*, 2012).

Slechts 25% van de mensen met schizofrenie haalt de aanbevolen lichaamsbeweging (Ussher, Stanbury, Cheeseman, & Faulkner, 2007). Beweging speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van somatische co-morbiditeit en vroegtijdig overlijden. Er is evidentie voor het positieve effect van bewegen op cardio-metabole parameters (Vancampfort *et al.*, 2010). De multidisciplinaire richtlijn *Leefstijl bij patiënten met EPA* adviseert om bewegingsbevorderende interventies te integreren in de behandeling (Meeuwissen *et al.*, 2015). Beweging heeft een gunstig effect op zowel negatieve als positieve symptomen en leidt tot een significante verbetering van het psychosociaal functioneren en de levenskwaliteit (Acil, Dogan, & Dogan, 2008).

Het faciliteren van middelen (fitnessapparatuur, kleding etc.) en psycho-educatie over de gezondheidsvoordelen van lichaamsbeweging bleek onvoldoende om mensen met EPA meer te laten bewegen. Ook bleek dat sterk gemotiveerde deelnemers niet meer waren gaan bewegen dan deelnemers bij wie motivatie ontbrak (Deenik *et al.*, 2017). Persoonlijke aandacht, het verwachte plezier en sociale steun dragen wél bij aan bewegingsbevordering bij algemeen kwetsbare groepen (Deelen,

Ozgül, & Lagendijk, 2018). Deenik *et al.* (2017) adviseren patiëntervaringen met bewegen bij EPA te exploreren, zodat met die kennis passende bewegingsbevorderende interventies in de behandeling geïntegreerd kunnen worden.

Probleemstelling

Ondanks de correlatie tussen beweging en lichamelijk en mentaal welzijn bewegen mensen met schizofrenie duidelijk minder dan de algemene bevolking (Stubbs *et al.*, 2016).

In de wetenschappelijke literatuur is een leemte aan kennis over de factoren die patiënten met schizofrenie als bevorderend of belemmerend ervaren om blijvend meer te gaan bewegen.

Vraagstelling

Welke factoren worden door patiënten met schizofrenie als belemmerend of bevorderend ervaren om van sedentaire naar een meer actieve leefstijl te veranderen?

Doelstelling

Doel van dit onderzoek is om de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van beweging bij patiënten met schizofrenie te beschrijven. Door het bevorderen van een actievere leefstijl kunnen risico's op cardiovasculaire aandoeningen worden verminderd. De resultaten van het onderzoek dragen bij aan het vergroten van kennis en geven praktische aanknopingspunten voor een passende interventieontwikkeling, die aansluit bij de specifieke behoeftes van de doelgroep.

Methodologie

Design

Gekozen is voor een kwalitatief onderzoeksdesign gericht op de thematische beschrijving van de factoren die bijdragen aan actieve bewegingspatronen van patiënten met schizofrenie. Voordeel van een kwalitatief design is de open en flexibele manier van informatieverzameling die in de directe context van de patiënt kan plaatsvinden.

Nadeel is het risico op een selectie- of informatiebias vanwege de doelgerichte steekproeftrekking en het mogelijk niet bereiken van data-saturatie vanwege de beperkte steekproefgrootte (Boeije, 2014).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft volwassen patiënten (18-65 jaar) met een diagnose in het schizofreniespectrum conform DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) die ambulante behandeling ontvangen bij een specialistische GGZ-instelling. Alle respondenten zijn aange-

dragen door de primaire behandelaren op basis van de vastgestelde in- en exclusiecriteria. Er is gebruikgemaakt van een vooraf bepaalde selectief doelgerichte steekproef gebaseerd op literatuuronderzoek (Polit & Beck, 2012). Maximale variatie werd nagestreefd door zowel mannen en vrouwen vanuit de SGGZ en Basis-GGZ te includeren. Ge-excludeerd werden patiënten bij wie volgens de behandelaar sprake of het vermoeden was van een verstandelijke beperking of een (dreigende) psychotische episode.

Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats van juli 2018 tot en met december 2018 middels diepte-interviews. Een topiclijst gaf richting aan het gesprek (Polit & Beck, 2012). De gekozen topics waren gebaseerd op relevante literatuur en werden bijgesteld op basis van het proefinterview. Datasaturatie werd nagestreefd en de steekproeftrekking werd beëindigd toen bleek dat de laatste twee interviews geen nieuwe informatie meer hadden opgeleverd.

Analyse van data

Data-analyse en codering gebeurden wisselend conform de onderzoeksslang van Boeije (2014). De topiclijst werd continu geëvalueerd op nieuwe belangrijke items. Het softwareprogramma Atlas-ti werd ondersteunend aan de data-analyse gebruikt. Alle interviews werden zorgvuldig gelezen, waarbij de onderzoeker alert was op door de participanten zelf belangrijk genoemde informatie. Betekenisvolle passages werden geselecteerd, gecodeerd en geclusterd in thema's. Na een grondige beschrijving van globale thema's werden deze thema's vertaald naar kernthema's en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd en beschreven (Boeije, 2014). Voorlopige bevindingen werden tijdens de analyse regelmatig voorgelegd aan een peer-reviewer en aan de onderzoeksbegeleider. Tot slot heeft er data-validatie plaatsgevonden middels member-check.

Methodologische kwaliteit

Methodologische kwaliteit werd gewaarborgd door de geloofwaardigheid van de resultaten maximaal te vergroten. Lincoln en Guba (geciteerd in Boeije, 2014) spreken daarbij van 'trustworthiness'.

De interviews werden gehouden in een door de respondenten gekozen comfortabele setting om informatiebias zoveel mogelijk te beperken. De navolgbaarheid van de resultaten (*dependability*) is vergroot door de onderzoeksstappen en het gegevensbeheer inzichtelijk te maken via Atlas-ti. Alle negen geluidsopnames zijn verbatim getranscribeerd en non-verbale informatie is vastgelegd op veldnotities. De data en data-analyse zijn gedetailleerd beschreven (*thick-description*), ten behoeve van de toepasbaarheid en overdraagbaarheid van de re-

sultaten op en naar andere contexten (*transferability*). Omwille van de herleidbaarheid (*authenticity*) werden de resultaten onderbouwd met citaten.

Door het combineren van verschillende databronnen (interviews, observaties) en methoden is de geloofwaardigheid (*credibility*) van de onderzoeksgegevens vergroot. Member-check werd uitgevoerd ter validatie van de bevindingen. De onderzoeker heeft een logboek bijgehouden met aantekeningen over beïnvloedende factoren voor persoonlijke reflectie en voor het waarborgen van objectiviteit (*confirmability*). Eigen ervaringen of gelezen literatuur werden zoveel mogelijk buiten beschouwing gelaten (*bracketing*).

Ethische verantwoording

In dit beschrijvende, niet-invasieve onderzoek worden deelnemers niet aan handelingen onderworpen en krijgen ze deze ook niet opgelegd. Hierdoor valt dit onderzoek niet onder het toetsingskader van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (wmo).

Het onderzoeksvoorstel is door de interne onderzoekscommissie beoordeeld en goedgekeurd.

Toestemming voor deelname werd voorafgaand vastgelegd middels informed consent. De gegevensverwerking geschiedde anoniem en vertrouwelijk. Deelname aan het onderzoek kon te allen tijde beëindigd worden, zonder opgave van reden.

Resultaten

In totaal werden er negen interviews afgenomen. Lichaamsbeweging betekende voor alle deelnemers zowel beweegactiviteiten in een sportschool of vereniging, als alledaagse activiteiten als wandelen, fietsen en huishoudelijke taken. Meerdere deelnemers deden al actief aan sporten of bewegen.

Uit de interviews bleek dat alle deelnemers zich bewust waren van de gezondheidsvoordelen van beweging. Zij ervoeren echter ook belangrijke belemmeringen om meer te gaan bewegen. Na data-analyse kwamen er twee kernthema's naar voren, namelijk 1) drempels en 2) drijfveren. De kernthema's bevatten elk drie categorieën (tabel 1). De voorliggende resultaten worden per categorie beschreven.

Tabel 1
Drempels en drijfveren

Thema	Categorie	Sub-categorie
<i>Drempels</i>	Psychische kwetsbaarheden Eigen effectiviteit Middelen en mogelijkheden	Symptomen Negatieve effecten Negatieve verwachtingen Stigma Financiën Persoonlijke situatie Toegankelijkheid faciliteiten
<i>Drijfveren</i>	Beloningen Steunbronnen Zelfregie	Positieve effecten Positieve verwachtingen Sociale steun Begeleiding Hulpmiddelen Zelf kunnen kiezen

Drempels

Beweegdrempels omvatten alle mogelijke condities of barrières die het (voorgenomen) plan om actiever te worden bemoeilijken of onmogelijk maken. Hieronder vallen mentale en lichamelijke barrières, overtuigingen en praktische bezwaren.

Psychische kwetsbaarheden

Uit de analyse komt naar voren dat psychische symptomen of gevolgen van de aandoening schizofrenie veel invloed hebben op de fysieke activiteit van de deelnemers. Ondanks de intentie om meer te gaan bewegen worden zij er door depressie, vermoeidheid en interesseverlies van weerhouden. Ook deelnemers die voorheen actief waren, worden door lusteloosheid belemmerd als het gaat om het streven naar een gezond bewegingspatroon.

'Ik heb altijd interesse gehad, maar mijn schizofrenie is een blokkade... ik had geen zin meer om te gamen, geen zin om te sporten, ik had gewoon nergens zin in. Terwijl ik altijd een gamer en sporter was! Nu ben ik ziek en ik heb er geen zin in, maar hoe komt dat?'

Initiatiefloosheid en uitstelgedrag zijn vaak genoemde obstakels die deelnemers, tegen beter weten in, belemmerden bij het actiever worden. Eén deelnemer benadrukte door imperatieve stemmen gehinderd te worden bij het uitvoeren van zijn voorgenomen beweegplannen.

'Ze benaderen jou heel slim... de stemmen... ik eindig altijd in m'n ge-

dachten dat ik weet wat ik wil... jullie kunnen mij veel wijsmaken. Ik weet dat ik wil hardlopen, dat het tijd is om te gaan fitnesssen, om af te vallen. Dat is wat ik wil, maar ondanks dat stel ik het wel telkens uit.'

Sommige deelnemers ervoeren klachten door beweging, zoals lichamelijke en emotionele uitputting en kwetsbaarheid voor overprikkeling en stress.

'Dus dat moet je wel in de gaten houden... die prikkels... en niet door het sporten in de stress schieten... En... ja, met stress, dan zou uiteindelijk mijn dagelijkse gang van zaken moeilijker worden, zeg maar. Dat ik eh... problemen krijg op mijn werk, vanwege de stress ofzo, ja, of in andere situaties.'

Eigen-effectiviteit

Geen van de deelnemers kon zichzelf goed motiveren. Opzien tegen lichamelijke inspanning en het volhouden ervan was een drempel om te gaan bewegen. Ook door eerdere faalervaringen denken sommige deelnemers dat een actievere leefstijl niet gaat lukken.

'Ik hou het toch maar een paar dagen vol. Ik heb het zo vaak geprobeerd, maar hoe ik ook mijn best doe, fitness, sporten... na twee, drie dagen is het klaar. Dan blijf ik gewoon thuis zitten.'

De verwachting gestigmatiseerd te worden (vooroordelen en negatieve reacties) werd door deelnemers ook als drempel genoemd om zich bij sportfaciliteiten- of verenigingen aan te sluiten.

'Je weet, mensen hebben het altijd over elkaar: 'Kijk, die is nu psychotisch geworden,' 'heb je die gezien?' Mensen gaan je anders bekijken, terwijl je eigenlijk gewoon heel goed voor jezelf bezig bent en juist die ellende van vroeger achter je probeert te laten.'

Een deelnemer vertelde: *'Ja, mijn teamgenoten wisten er ook vanaf, natuurlijk, dus die zetten me ook al niet meer op de belangrijkste plaatsen neer, natuurlijk... ja, dat is niet prettig.'*

Middelen en mogelijkheden

Financiële middelen beschouwden alle deelnemers als voorwaarde om meer te kunnen gaan bewegen. Kostenposten, zoals sportschoenen, sportkleding of contributie, waren voor de meeste deelnemers met beperkte financiën problematisch.

'Kijk, ik zit zelf ook met een uitkering... en ik denk dat de financiële situatie ook heel erg belangrijk is. Hè, want alles kost geld. En als je geen geld hebt, kan je er niet aan meedoen.'

'Ik moest vaak naar de psychiater voor de medicijnen. En het openbaar vervoer is ook duur. Ja, dan is er geen geld meer voor sporten en dat soort dingen.'

De toegankelijkheid en het aanbod van sportfaciliteiten vonden meerdere deelnemers niet aansluiten bij hun persoonlijke situatie en voorkeuren. *'Je hebt dat nieuwe zwembad, maar het schijnt dat je daar haast niet vrij kunt zwemmen omdat er veel zwemverenigingen komen.'*

Familieverantwoordelijkheden en een gebrek aan ondersteuning maakten een actievere leefstijl voor sommigen moeilijk realiseerbaar: *'Ja, het is niet zo makkelijk om je kind effe een paar uur te droppen voor een uur sporten... je weet maar nooit wat er gebeurt intussen... dan zit ik met schuldgevoel, van ik zat maar te sporten en heb mijn kind achtergelaten.'*

Drijfveren

Uit dit onderzoek kwamen belangrijke motieven naar voren die deelnemers van binnenuit bewegen om actiever te worden. De drijfveren hebben betrekking op houding, motivatie en persoonlijke voorkeuren en zijn gericht op (subjectief) ervaren voordelen van beweging.

Beloningen

Alle negen deelnemers vonden bewegen leuk en wilden actiever worden. Directe positieve effecten, zoals stemmingsverbetering en plezier, vormden de belangrijkste positieve bekrachtigers voor beweging. Afleiding en ontspanning werden eveneens als prettige effecten van beweging genoemd.

'Nou, als je in je gedachten ergens heel erg mee bezig bent, of het wel of niet de realiteit is, dat maakt niet uit, dan is het gewoon prettig om wat anders te kunnen doen.'

Op langere termijn zijn een betere (mentale) gezondheid en bijdrage aan herstel drijfveren om actiever te worden. Ook een beter lichaamsbeeld door gewichtsverlies werd als motivatie voor beweging genoemd. Voor sommigen biedt beweging een perspectief op zingeving en 'ergens naar uit kunnen kijken'. Een deelnemer vond eerdere positieve ervaringen met bewegen stimulerend bij het plan om actiever te worden.

'Nou, ik weet hoe het is om echt actief te bewegen, hoe dat aanvoelt... het lijkt me gewoon fijn om dat gevoel als je sport weer terug te krijgen... Dus dat wil ik ook weer gaan ervaren.'

Steunbronnen

Het bewegen in groepsverband ervoeren deelnemers als belangrijke steun, aangezien velen weinig sociale relaties hebben. De sociale steun bestond daarbij uit het aangaan van commitment met elkaar en elkaar stimuleren tot bewegen. Plezier en sociaal contact vormen belangrijke drijfveren voor beweegactiviteiten.

'Ik heb niet zoveel vrienden, maar als ik de juiste partner zou vinden of de juiste vriend of vriendin, dat we elkaar dan zouden stimuleren tot samen fitnessen. Want ik kan mijzelf in mijn eentje niet genoeg motiveren. Ik heb echt iemand om mij heen nodig. Het liefst die zelf ook meesport.'

Deskundige begeleiding bij beweegactiviteiten die aansluit bij de emotionele en fysieke vermogens wordt als meerwaarde beschouwd bij het actiever worden. Het betrof ondersteuning bij het kiezen van activiteiten, meedoen met het bewegen en ondersteuning bij het volhouden.

'Naja, dan moet ik toch iets verzinnen om te bewegen... Dan wordt het wel weer een probleem. En dan zal ik daar wel graag hulp bij willen hebben.'

Continuïteit, een prettige sfeer en rekening houden met 'mindere' dagen waren belangrijke factoren van begeleiding die genoemd werden. Deelnemers van dit onderzoek hadden de ervaring dat goede begeleiding niet altijd beschikbaar was.

'Je móét een schizofreniepatiënt behandelen zoals jezelf behandeld wilt worden. Jij wilt toch óók niet afgesnauwd worden?'

Zelfregie

Deelnemers willen zelf kunnen kiezen welke activiteiten zij willen gaan doen en wanneer. Sommige vonden laagdrempelige, praktische alternatieven, zoals fietsend naar het werk of wandelend boodschappen doen, helpend om aan beweging toe te komen. Drie deelnemers maakten trainingsschema's en gebruikten beweegapps om zichzelf te motiveren.

'Ik heb zo'n stappenteller op mijn telefoon... een maand geleden heb ik 20 kilometer gelopen in een dag. Ik moest echt schrikken, en was tegelijkertijd ook trots: hebben we effe 700, 800 calorieën verbrand.'

Discussie

Dit onderzoek beschrijft de belemmerende en bevorderende factoren bij het komen tot een actievere leefstijl vanuit het perspectief van mensen met schizofrenie. Alle deelnemers relateerden beweging aan gezondheidsvoordelen en wilden meer gaan bewegen. Uit de resultaten blijkt dat kennis van de gezondheidsvoordelen onvoldoende stimulerend is om daadwerkelijk de sedentaire leefstijl te veranderen in een meer actieve leefstijl. De voornaamste drempels die genoemd werden waren psychische kwetsbaarheden, gebrek aan vertrouwen in eigen effectiviteit en beperkte middelen en mogelijkheden. Drijfveren waren beloningsaspecten, sociale steun en zelfregie. Een veel genoemd obstakel betrof het in de praktijk uitvoeren van het voorne-

men om meer te gaan bewegen. De literatuur bevestigt dat kennis en motivatie het beweeggedrag nauwelijks beïnvloeden. Dit bleek ook voor het faciliteren van middelen, zoals onderzoek naar het beweeggedrag bij opgenomen patiënten met EPA heeft aangetoond (Sailer *et al.*, 2015; Deenik *et al.*, 2017). Uit voorgaande onderzoeken werd geconcludeerd dat sociale aspecten en de eigen-effectiviteitsverwachting belangrijke determinanten zijn die het beweeggedrag beïnvloeden. Dat is bij mensen zonder schizofrenie niet anders, zoals blijkt uit onderzoek onder gezonde deelnemers van een bewegingsprogramma (Van Tubergen, Naus, & Reijnen, 2017). Het gedragsveranderingsmodel van Balm (2002) benadrukt de invloed van bepaalde factoren, zoals positieve bekrachtiging, vertrouwen in het eigen kunnen en sociale steun, op de intentie tot gedragsverandering. Er is evidentie dat de eigen-effectiviteitsverwachting bepalend is voor de mate aan inspanning om door te zetten en voor het omgaan met tegenslagen (Bandura & Locke, 2003). Volgens Schouten en Vellekoop (2015) is bij mensen met depressieve klachten, passend bij schizofrenie, deze eigen-effectiviteitsverwachting veel lager. Ook kunnen zij geen realistisch beeld van de eigen kwaliteiten schetsen, omdat er sprake is van onvoldoende zelf-reflectieve vermogens, zoals onderzoek naar ziekteinzicht bij mensen met schizofrenie heeft aangetoond (Pijnenborg & Aleman, 2010). De onderzoekers verklaren dit met een gebrek aan mentale flexibiliteit, die nodig is om oude overtuigingen over zichzelf bij te stellen (Pijnenborg & Aleman, 2010). Daarbij is van belang of iemand gewend is om actief te zijn, waarbij ook positieve ervaringen een rol spelen, zoals blijkt uit de interviews. Iemand die dat niet gewend is, zal minder snel meer gaan bewegen. Gevoeligheid voor stigmatisering blijkt een beweegdrempel en versterkt enerzijds negatieve zelfperceptie (Catthoor, De Hert, & Peuskens, 2003) en heeft anderzijds invloed op psychische symptomen en sociale teruggetrokkenheid (Thornicroft, 2008).

Het ontbreken van sociale steun blijkt voor de deelnemers een belangrijke drempel bij het motiveren tot en volhouden van beweging. Dit sluit aan bij de literatuur, die de sociale kwetsbaarheid van de meerderheid van de mensen met schizofrenie en het belang van sociale integratie benadrukt (Van Alphen *et al.*, 2012). Sociale contacten verminderen ook depressieve symptomen en het ervaren stressniveau (Adams, Leibbrandt, & Moon, 2011). Sociaal contact bevordert het gezondheidsgedrag (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000) en betekent voor de deelnemers tegelijkertijd een belangrijk beloningsaspect en een belangrijke drijfveer voor beweging.

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek liet bij de geïnterviewden een variatie aan beweegpatronen zien waarbij slechts een gedeelte van de steekproefdeel-

nemers actief bewoog. Deze variatie aan actieve en meer passieve beweegpatronen maakte het mogelijk om beïnvloedende factoren te bestuderen bij patiënten die subgroepen binnen de totale populatie van patiënten met schizofrenie representeren. Door de relatief beperkte steekproef is datasaturatie waarschijnlijk niet helemaal bereikt, en als er meer interviews waren afgenomen, had uitbreiding of verdieping van de thema's plaats kunnen vinden. Een andere beperking was dat er veel variatie was bij de patiënten in hun mogelijkheden om over eigen ervaringen te vertellen. Een deel van de interviews was daardoor rijk aan informatie, een ander deel echter (zeer) beperkt. Sterke punten was de goede kennis van de onderzoeker van de doelgroep, die ervoor zorgde dat er goed kon worden aangesloten bij hun specifieke belevingen, mogelijkheden en beperkingen. Dit leidde tot optimalisering van de dataverzameling binnen de gegeven mogelijkheden.

Conclusie

Uit de resultaten en uit de literatuur blijkt dat vertrouwen in het eigen kunnen nodig is, willen mensen met schizofrenie meer gaan bewegen. Voor de deelnemers van dit onderzoek is dit een van de belangrijkste belemmeringen, die wordt beïnvloed door overige beperkingen, zoals psychische symptomen en onvoldoende steun. Het merendeel van de deelnemers wil meer bewegen en geeft aan daar ondersteuning bij te willen. Aandacht voor de directe beloningseffecten en sociale bekrachtigers kunnen mensen met schizofrenie die (te) weinig bewegen motiveren om actiever te worden. Met een op maat gemaakte begeleiding, waarbij bijvoorbeeld ter ondersteuning beweegmaatjes kunnen worden ingezet, en een aan de aandoening aangepast beweegprogramma kan worden ingespeeld op de behoeftes van een groot deel van de groep. Ggz-verpleegkundige interventies gericht op het verlagen van drempels en het vergroten van het vertrouwen in de eigen effectiviteit zouden kunnen helpen om beweging bij mensen met schizofrenie te bevorderen. Vervolgonderzoek naar de effecten van een beweegprogramma en de ingeschatte eigen effectiviteit als uitkomstmaat bij mensen met schizofrenie is aan te bevelen.

Literatuur

- Acil, A.A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 808-815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>
- Adams, K.B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31, 683-712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Balm, M.F.K. (2002). *Exercise Therapy and Behavioural Change*. Utrecht, Nederland: Lemma BV.
- Bandura A., & Locke, E.A. (2003) Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. <https://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Beebe, L.H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S.S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 661-676. <https://doi.org/10.1080/01612840590959551>
- Berkman, L.F., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., De Hahn, L., Scheepers, F.E., Van Soest, M.M., Assies, J., & Sloof, C.R. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica-gebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(9), 579-591. Geraadpleegd op 01 februari 2019, van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/issues/272/articles/1795>
- Cathoor, K.C.C.E.R., De Hert, M., & Peuskens, J. (2003). Stigma bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (45)(2), 87-96. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_13pdf.pdf
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovitch-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77. <https://doi.org/10.1002/j.2052-5545.2011.tb00014.x>
- Deelen, I., Özgül, P., & Lagendijk, E. (2018). *Wat beweegt kwetsbare groepen in Utrechtse wijken? Kwalitatief onderzoek naar motieven en belemmeringen om te sporten en bewegen*. Amsterdam, Nederland: DSP-groep. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van https://www.dsp-groep.nl/wpcontent/uploads/191D_Sportmotieven_en_belemmeringen_kwetsbare_Utrechtse_groepen_DSP_2018.pdf
- Deenik, J., Kuijsdijk, F., Tenback, D., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., Van Harten, P. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(298), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>
- Delespaul, P.H., De Haan, L., Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., Slooff, C., Wiersma, D. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438. Geraadpleegd op 15 januari 2019, van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/466/articles/9772>
- Galletly, C.A., Foley, D.L., Waterreus, A., Watts, J.F., Castle, D.J., McGrath, J.J., Morgan, V.A. (2012). Cardiometabolic risk factors in people with psychotic disorders: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 753-761. <https://doi.org/10.1177/0004867412453089>
- Meeuwissen, J.A.C., Van Meijel, B., Van Gool, R., Van Hamersveld, S., Bakkenes, M., Risseeuw, A.H., Hermens, M. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstig psychische aandoening*. Geraadpleegd op 13 januari 2019, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/4528f61a-f94e-4280-b909-66ba6fd56613.pdf>

- Pijnenborg, G.A.M., & Aleman, A. (2010). Ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: Theoretische inzichten en voorstel voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(12), 825-835. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP10-12_p825-835.pdf
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research* (9e ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkens.
- Sailer, P., Wieber, F., Pröpster, K., Stoewer, S., Nischk, D., Volk, F., & Odenwald, M. (2015). A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: A controlled pilot study with mental contrasting and implementation intentions (MCII). *BMC Psychiatry*, 15(211), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0513-y>
- Scheewe, T.W., Backx, F.J.G., Takken, T., Jörg, F.J., Van Strater, A.C.P., Kroes, A.G., Cahn, W. (2012). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 464-473. <https://doi.org/10.1111/acps.12029>
- Schouten, L., & Vellekoop, M. (2015). *Toegankelijkheid sportverenigingen voor mensen met psychische problemen*. Haarlem/Heerhugowaard, Nederland: Sportservice Noord-Holland/GGZ Noord-Holland-Noord. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van <https://www.teamsportservice.nl/app/uploads/2017/09/2015whitepapersportverenigingenmensenmetpsychischeproblemen.pdf>
- Shosha, G.A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8(27), 31-43. Geraadpleegd op 15 januari 2019, van <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view-File/588/657>
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F.B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review. *Schizophrenia Research*, 176(2), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 14-19. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002621>
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.3.405>
- Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., & Brugge-man, R., Van Zon, N. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Geraadpleegd op 15 mei 2019, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/06b5fc38-cf0b-4e43-bac9-7aef4b67a9c5.pdf>
- Vancampfort, D., Sweers, A., Probst, M., Mitchell, A.J., Knapen, J., & De Hert, M. (2010). Quality assessment of physical activity recommendations within clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cardiometabolic risk factors in people with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47, 703-710. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9431-8>
- Van Tubergen, D., Naus, A., & Reijnen, L. (2017). *Ook na afloop 'Lekker in je Lijf'*. Leiden, Nederland: GGD Hollands Midden. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van https://ggdhm.nl/images/documents/Onderzoek_beweegprogramma_Lekker_in_je_Lijf.pdf

Samenvatting

Achtergrond: Patiënten met schizofrenie bewegen minder dan de algemene bevolking. Gevolgen daarvan zijn onder meer een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en vroegtijdig overlijden. De positieve effecten van lichaamsbeweging op de fysieke en mentale gezondheid bij patiënten met ernstig psychische aandoeningen (EPA) zijn aangetoond. Ondanks deze correlatie blijkt het moeilijk om mensen met schizofrenie van leefstijl te laten veranderen. Het is onbekend welke factoren mensen met schizofrenie als bevorderend of belemmerend ervaren om actiever te worden.

Doel: Inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van beweging vanuit patiëntenperspectief. De resultaten dragen bij aan passende interventieontwikkelingen, die aansluiten bij de specifieke behoeftes van de doelgroep en beweging stimuleren.

Methode: Een beschrijvend kwalitatief onderzoek naar factoren die bijdragen aan beweegpatronen van patiënten met schizofrenie. Deelnemers werden geselecteerd via doelgerichte steekproeftrekking met maximale variatie. Dataverzameling vond plaats middels diepte-interviews. Een topiclijst diende als hulpmiddel ter structurering van de interviews.

Resultaten en discussie: Uit dit onderzoek komt naar voren dat alle deelnemers goede kennis hebben van de voordelen van beweging en ook meer willen gaan bewegen. Zij ervaren echter belemmeringen door psychische instabiliteit, geen vertrouwen in hun eigen kunnen en gebrek aan steunbronnen. Drijfveren om meer te gaan bewegen zijn directe en verwachte gezondheidsvoordelen, passende ondersteuning en zoveel mogelijk behoud van zelfregie.