Patiënten uit de lage sociaal-economische klasse en de voedingsadviezen bij type 2 diabetes

Het verboden eten

Friede Simmes en Mieke Grypdonck [1]

Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 27 november 1999, jaargang 109, nummer 22, pg. 681-685

Leven met type 2 diabetes is extra moeilijk als de voedings- en bewegingsadviezen niet passen bij het leefpatroon en de gewoonten van de patiënt. Dat is het geval bij mensen met een laag inkomens- en opleidingsniveau. Zij zijn wel overtuigd van het belang om de hen gegeven voedingsadviezen na te leven, maar in de praktijk lukt hen dat niet. Daarvoor wijken de adviezen te sterk af van wat zij gewend zijn te eten en te drinken. 'Dieet houden' zoals zij het vaak noemen, staat in hun beleving ongeveer gelijk aan het ophouden met het leven zelf. De auteur van dit artikel bericht uit haar onderzoek. [2]

De voedingsadviezen bij type 2 diabetes zijn gericht op het bereiken of handhaven van een normaal lichaamsgewicht, het reguleren van de bloedglucosewaarden en het voorkomen of vertragen van arteriosclerose. Patiënten wordt aangeraden gezond te eten volgens de aanbevelingen die voor iedereen van toepassing zijn: vezelrijke voeding met weinig verzadigd vet en weinig lege koolhydraten zoals bijvoorbeeld suiker. In tegenstelling tot vroeger is beperkt gebruik van suiker ofzoetigheid toegestaan. Regelmatig eten wordt geadviseerd om hoge en lage bloedglucosewaarden te vermijden. Dit is van nog groter belang als patiënten tabletten gebruiken die de insulineproductie van de alvleesklier stimuleren ofbij toediening van bepaalde insulines. Roken wordt afgeraden vanwege het vergrote risico op harten vaatziekten bij deze patiëntengroep.

Nadenken over eten

In de met hen gehouden interviews gaven de respondenten aan dat zij de voedingsadviezen de meest vervelende consequentie van hun ziekte vinden. Ongedwongen eten is voor hen veranderd in nadenken over eten. Er zijn etenswaren waar voor op moet worden gepast omdat ze slecht zijn voor de gezondheid. Respondenten geven aan dat ze vanwege de gewenste regelmaat wel de hele dag met eten bezig moeten zijn, maar er slechts mondjesmaat van mogen nemen. Voor de meeste geïnterviewden vallen vele of alle positieve betekenissen die aan eten en drinken kunnen worden gegeven weg wanneer zij de voedingsadviezen zouden opvolgen.

']a, dan kun je beter maar gewoon blijven liggen, daar ben je het beste mee uit. Want wat ze je verbieden, dat is alles. Je mag dus niet drinken, je mag geen vet, je mag geen snoep, je mag niet roken, je mag dit niet, je mag dat niet, nou ja, dan houdt het toch heel vlug op, dan mag je alleen maar gaan zitten met de armen overeind en anders niks meer...' (Resp. 10)

Hoewel de meeste respondenten de voedingsadviezen als zeer belastend ervaren proberen zij zich er toch in meerdere of mindere mate aan te houden. Naar hun motieven daarvoor moest tijdens de interviews meestal worden gevraagd, slechts enkelen noemden die uit zichzelf. De motieven zijn van verschillende aard, sommigen noemden meerdere redenen zoals van de klachten afwillen zijn en angst voor complicaties.

'Nou een beetje angst, toch, mijn hele familie zat er zo'n beetje mee. Ik heb uh een paar ooms die hebben de benen er afgehaald. En die zijn er allemaal aan dood gegaan en mijn moeder is eraan gestorven. Dus je begon een beetje uh ik denk dat gaat de verkeerde kant uit, he. En mijn broer heb het en mijn zus heb het... [-] En dan krijg je een beetje angst, he. Ik vind dood gaan niet zo erg, maar die benen er af, vind ik zo erg he. Ben je mank en zo ben je alles kwijt. Laat ik het maar zo stellen. En daar heb ik niet zo veel zin in.' (Resp. 12)

Voor drie vrouwelijke geïnterviewden is het belangrijkste motief om zich aan de voedingsadviezen te houden dat zij langer willen leven omdat ze door hun kinderen of echtgenoot nog niet gemist kunnen worden.

'Maar als ik haar (dochter) niet gehad had zou ik zeggen, nou ja, toe maar, het is mijn leven, mijn lichaam. Ik zie wel hoe verder dan. Dus, maar voor haar doe ik het. Voor haar leef ik, zo moet ik het zeggen'. (Resp.08)

Belemmeringen bij het opvolgen van de voedingsadviezen

Voor degenen die zich in meerdere of mindere mate aan de voedingsadviezen willen houden, valt dat niet altijd mee. Bepaalde voedingswaren krijgen de betekenis van verboden vruchten, die vanwege het verbod des te begeerlijker worden.

'Dan komt er weer Sinterklaas aan, en dan denk ik oohhhh die muizen, die kikkers die, uh, hoe heten die dingen, marsepein en drop. Ik mag het eigenlijk allemaal niet hebben.' (Resp. 02)

Eten en drinken is verbonden met gezelligheid, het vieren van feesten. Men heeft het gevoel niet meer te kunnen genieten van het samenzijn als men zich aan de voedingsadviezen houdt.

'Je staat overal buiten. Noem maar op, een feestje, je mag geen drank meer, zit overal suiker in. Je mag niet snoepen of niks, zitje op een verjaardag en dan heb je light ofzo,endanhebjehetgehad.' (Resp. 04)

Hoewel de voedingsadviezen in feite niets anders zijn dan een advies om gezond te eten, betekenen ze voor de geïnterviewden toch een totale omslag in het eet- en drinkpatroon. Men is aan een heel ander voedingspatroon gewend.

'Vroeger was het zo bij ons, het hoefde niet uh goed te zijn, als het maar veel was. Van mijn moeder waren er zes jongens thuis en dan stond er zo'n pot erwtensoep, zo'n teil. En d'r werd gegeten. Deed m'n vader ook, en dan allemaal vet, allemaal vet... was niet anders ...nou dat had je dan van huis meegekregen en dat wasgoed.' (Resp. l l)

Aan rauwkost is men minder gewend, terwijl dit in ruime mate wordt geadviseerd. Men vindt dat dit de maag niet lekker vult, eet het tegen zijn zin of krijgt het gewoon niet weg.

'Daar mocht ik dan rauwkost bij hebben, nou daar spuug ik me eigen leeg van, van de rauwkost, kan ik niet weg krijgen.' (Resp. 15)

De meeste patiënten hebben te maken met hart- en vaatziekten en andere gezondheidsproblemen, velen zijn verminderd mobiel. Daarnaast spelen maatschappelijke problemen zoals werkloosheid of eenzaamheid een rol in hun leven. Eten is voor hen een van de weinige dingen die overblijven en waar ze van zouden kunnen genieten. Het geeft afleiding of helpt om stressvolle dagen door te komen.

'Ik merk als er een ah spanningsdag is, zoals het vanmorgen al eigenlijk wel een beetje begonnen is, dan ah heb ik het ah al wat benauwder, dan heb ik het uh meer slecht, wil ik alsmaar gaan eten.'

Bijna alle geïnterviewden hebben last van overgewicht en proberen af te vallen. Zij hebben veelal te maken met het jojoeffect: soms vallen ze af om vervolgens nog weer meer aan te komen. Meestal hebben ze de voedingsvoorschriften een tijdje opgevolgd en zijn teleurgesteld over het effect. Ze zijn niet afgevallen en hebben daarom voor zichzelf vastgesteld dat ze aanleg hebben om dik te worden. De enige manier om af te vallen is helemaal niets meer eten, zo werd meerdere malen verbitterd opgemerkt.

'Niet snoepen en uh, geen alcohol, daar zit ontzettend veel suiker in. Zo min mogelijk vet en een beetje..., en ja, niet teveel eten he. Zwaar worden dat uh, dat is ook niet goed voor de suiker. Zit in mijn familie, flink zijn. Al drinken we water, dan worden we nog flink'. (Resp.04)

Het streven om af te vallen wordt extra ingewikkeld omdat het nodig is regelmatig te eten ter vermijding van hoge en lage bloedglucosewaarden. Patiënten die tabletten gebruiken of insuline spuiten hebben kans een hypo te ontwikkelen. Dit kunnen ze voorkomen door wat suiker te nemen of iets extra's te eten. Sommigen vinden een hypo zo beangstigend dat ze hun bloedglucosewaarde wat hoger houden om vooral uit de gevarenzone te blijven. Dit belemmert hen naar eigen zeggen om af te vallen of op gewicht te blijven.

Er waren ook respondenten die vertelden zich niet prettig te voelen als ze zijn afgevallen; ze voelen zich verzwakt ofvinden een mager lichgam niet mooi. Enkelen vinden de geadviseerde voedingsmiddelen te duur; ze hebben het geld harder nodig voor andere zaken. Eén persoon vindt de voedingsadviezen te ingewikkeld en weet af en toe niet meer wat ze wel of niet moet doen.

Reacties van mensen uit de omgeving

Het meest vervelend vinden de respondenten als anderen zich met hun voeding gaan bemoeien, en dit overkomt hen regelmatig. De reacties zijn van verschillende aard: er zijn mensen die hen aanmoedigen om zich niet teveel van de voedingsadviezen aan te trekken terwijl anderen hen juist vertellen dat ze beter hun best moeten doen. Zeker als men van zichzelf vindt dat men de voedingsadviezen niet goed naleeft, leidt de bemoeienis uit de omgeving tot gevoelens van boosheid en machteloosheid. Sommigen hebben als reactie dat ze zelf wel bepalen wat ze wel of niet eten, anderen worden boos of lopen er voor weg.

'Ja, mijn vrouw die praat er zelf ook over elke keer. [vrouw doelt op zijn eetgedrag) ja, dan loop ik gewoon weg en dan, ja, zegt zij ook niets meer, helpt toch niet.' (Resp.09)

In tegenstelling tot de waarschuwingen en vermaningen van naasten, die door de meeste geïnterviewden niet worden gewaardeerd, wordt daadwerkelijke ondersteuning zoals rekening houden met de voedingsadviezen bij het koken of het aanbieden van gezond voedsel, waarbij men zelf de keuze heeft, wel op prijs gesteld.

'Waarschuwingen' van hulpverleners

Hulpverleners informeren patiënten over hun ziekte en mogelijke complicaties en stimuleren hen zich aan de leefregels te houden om zodoende het ziekteproces onder controle te houden. De informatie van de hulpverleners wordt door de geïnterviewden verschillend ervaren. Enkelen putten er hun motivatie uit om de leefregels en dan vooral de voedingsadviezen, op te volgen.

De meesten echter ervaren de stimulerende woorden van de hulpverleners als een dreigement: als de voedingsadviezen niet worden nageleefd dan staat u van alles te wachten en dat is dan uw eigen schuld. Respondenten kunnen zich door deze waarschuwingen extra machteloos voelen: ze willen immers wel, maar hebben een probleem omdat het niet lukt.

'Ik weeg nu bijna 130 kilo en dan ben ik er wel heel groot bij ...ik moet het toch maar meenemen en ze zeggen ja, het risicofactor van uh...je valt in het risicofactor...en als het er niet vanaf gaat gaat 't er toch niet af.' (Resp. 10)

Sommigen gaan door de waarschuwingen meer piekeren over hun toekomst.

'Plus het nodige ...waar dus waar ze dus op attenderen denk der aan, je bent eerder vatbaar voor hart- en vaatziekten. Nou lig ik daar allemaal niet wakker van hoor. Maar maar toch,... ja je wordt een stukkie ouder.' (Resp. 16)

Hoe de geïnterviewden met hun situatie omgaan

Het lukt de meeste geïnterviewde patiënten niet om de voedingsadviezen op te volgen, hoewel zij dit wel zouden willen. De wijze waarop zij met dit gegeven omgaan is zeer verschillend. Door de overeenkomsten en verschillen in de uitspraken van de respondenten naast elkaar te leggen, worden vijf patronen zichtbaar.

1. Personen met een positief oordeel over de wijze waarop ze zelfmet de voedingsadviezen omgaan en die samenwerken met de hulpverleners

Deze mensen zijn redelijk tevreden over de wijze waarop ze zelfde voedingsadviezen opvolgen. Ze zeggen nog wel eens te schipperen: toch iets eten wat verboden is of eens te veel eten zonder (een al te groot) schuldgevoel. Ze vinden dat ze bij het schipperen buiten de gevarenzone blijven. Als ze de voor hen vastgestelde grenzen van het toelaatbare dreigen te overschrijden corrigeren ze zich. Zij spreken positief over de ondersteuning van de huisarts of andere hulpverleners bij het naleven van de voedingsadviezen.

Uit de interviews blijkt dat deze personen in het algemeen positief naar zichzelf kijken. Zij vertrouwen op zichzelfbij het oplossen van problemen en het nemen van beslissingen.

Ja, je komt natuurlijk heel wat moeilijkheden tegen, en dan moetje een oplossing zoeken, je moet er een weg in zoeken, en dat is eigenlijk bij die suikerziekte ook zo'. (Resp.03)

Ze verwachten dat de hulpverleners duidelijke adviezen geven en zeggen dat ze deze dan ook zullen uitvoeren. Ze bespreken met de hulpverleners waar de grenzen liggen van de voedingsadviezen. Als het hen niet altijd lukt zich aan deze adviezen te houden dan vertellen ze dat aan hun arts, alsofze daarmee hun gedrag legitimeren en het zichzelf niet hoeven te verwijten dat ze wel eens over de schreef gaan. Ze nemen zelf het initiatief om aan de huisarts informatie te vragen over hun bloedglucosewaarde om op basis van de uitkomsten hun gedrag te reguleren.

Dit patroon werd bij 6 van de 17 respondenten gevonden.

2. Personen met een positief oordeel over de wijze waarop ze met de voedingsadviezen omgaan en die het vooral zelf (moeten) doen

Deze mensen zijn redelijk tevreden over de wijze waarop ze hun voedingsadviezen naleven. Dat vinden ze belangrijk om complicaties te voorkomen. Ze leggen sterk de nadruk op het zelf (moeten) doen en het zelf (willen of moeten) oplossen. Ze weten zelf het beste wat wel en wat niet mogelijk is. De hulpverleners worden niet ervaren als ondersteunend, maar als controleurs die voor hen bepalen wat goed voor hen is. Ze vinden dat hulpverleners geen begrip hebben voor hun situatie. Deze respondenten hebben dan ook gevoelens van teleurstelling of opstandigheid ten opzichte van de hulpverleners ontwikkeld.

'Ja, hoe merk je dat. Van ja, als ik niet mee wil werken dan houdt alles op...'
I: 'Dat zeggen ze tegen je?'
'Nou ze zeggen het niet maar de houding, de houding die ze aannemen die zegt dat voor mij wel. En ja, aan de ene kant kan ik het ze niet kwalijk nemen, maar aan de andere kant zeg ik van ...eh...ja, kijk ook eens naar de financiële kant ...want dat zien de mensen vaak niet, en waarom niet, omdat ze het zelf niet hoeven. Zo zie ik het tenminste.' (Resp. 08)

Dit patroon werd bij 4 van de 17 respondenten gevonden.

3. Personen met een negatiefoordeel over de wijze waarop ze zelfmet de voedingsadviezen omgaan en die het blijven proberen; hulpverleners waarschuwen

Deze mensen zijn soms wel, maar vaker niet tevreden over het eigen eetgedrag. Ze zijn overtuigd van het belang van de voedingsadviezen en hoog gemotiveerd om die op te volgen. Er zijn echter vele barrières en problemen van zwaarwegender aard waardoor ze geen energie over hebben om zich ook nog eens met het dieet bezig te houden. Ze zeggen de wilskracht te missen om de adviezen op te volgen. En die wilskracht is nou eenmaal noodzakelijk.

I: 'U zegt dat het soms wel lukt. Hoe is dat voor u als het wel lukt?'
'Nou ...dan voel ik mijn eigen toch wel trots. Zie je wel dat het wel lukt. Maar dan moet ik niet teveel daarover gaan zitten, zie je wel. Dat is...in een keer, draai ik om als een blad aan een boom, en dan ga ik weer beginnen, en daar schiet je ook niks meeop.' (Resp. 02)

Toch blijven ze het proberen omdat ze bekend zijn met de mogelijke complicaties van de ziekte en deze willen voorkomen. Ze ervaren op het gebied van de voedingsadviezen geen steun van de hulpverleners, die kunnen hen hier niet bij helpen, zij moeten immers zelfde voorschriften in praktijk brengen. In het contact met de hulpverleners beleven ze een confrontatie met hun onvermogen omdat hulpverleners de adviezen blijven herhalen en hen waarschuwen voor de gevolgen van hun gedrag. Dit leidt tot gevoelens van opstandigheid, boosheid ofmachteloosheid en radeloosheid.

Dit patroon werd bij 3 van de 17 respondenten gevonden.

4. Personen die de voedingsadviezen minimaal ofniet meer opvolgen; hulpverleners kunnen niet helpen
Hoewel zij bekend zijn met het belang van het opvolgen van de voedingsadviezen, hebben deze mensen besloten dit niet meer te doen. Ze hebben het wel geprobeerd en zijn in het begin ook afgevallen, maar het naleven van de voorschriften heeft een te grote invloed op hun leven en brengt teveel spanning met zich mee. De afweging om het dan maar niet meer te doen is bewust gemaakt. Liever nu een redelijk leven en dan maar zien waar het op uitdraait. Ze zijn bereid de consequenties van hun gedrag te aanvaarden.

I: 'Hoe vindt u dat van uzelf, dat u deze beslissing neemt?'
'Ja, wat moet ik ervan zeggen, hoe vind ik dat ...dat is een knoop die ik doorgehakt heb, dat ik er nog iets aan mijn leven heb (klinkt emotie in zijn stem door).' (Resp.l 1)

Op het gebied van de voedingsadviezen ervaren ze geen steun van de hulpverleners. Contacten met de hulpverleners betekenen een confrontatie met de gemaakte keuze.

'Ja, elke keer als ik bij de dokter kom ...dan wordt er gezegd het gaat de verkeerde kant op ...ik heb er weinig last van en ...ik heb alleen last als ik bij de dokter kom.' (Resp. 10)

Dit patroon werd bij 2 van de 17 respondenten gevonden.

5. Personen die de voedingsadviezen zeer nauwkeurig opvolgen en daarbij geen steun van de hulpverleners ervaren
Eén van de 17 respondenten vindt de voedingsadviezen niet naleefbaar maar houdt zich er wel aan. Ze is bang voor complicaties en wil deze vermijden. De voedingsadviezen bepalen een groot deel van haar bestaan. Van de hulpverleners ervaart ze geen begrip of steun voor haar situatie. Gezien de povere resultaten die haar inspanningen opleveren wordt ze vaak gewaarschuwd, terwijl ze toch zo haar best doet.

'En ik val geen gram af. Ik ben van de week in het ziekenhuis geweest en dan zegt ze: u moet afvallen, u moet afvallen. En ik doe toch echt diëten.' (Resp.04)

Uit bovenstaande blij kt dat de respondenten hun situatie verschillend ervaren. Twee factoren lijken hier van invloed te zijn. Op de eerste plaats de mate waarin mensen voor zichzelf vaststellen wat zij in hun situatie wel of niet van de voedingsadviezen kunnen en willen naleven. Naarmate zij dit duidelijker voor zichzelf hebben vastgesteld kunnen zij er beter mee omgaan. Ten tweede zijn er de barrières die hen beletten de voedingsadviezen na te leven. Deze zijn onder te verdelen in externe barrières, die buiten henzelf liggen en door hen niet beïnvloed kunnen worden, en interne barrières, die in henzelf liggen, bijvoorbeeld onvoldoende wilskracht. Personen die voornamelijk interne barrières ervaren beleven hun situatie als (zeer) moeilijk. Zij verwijten zichzelf dat ze de voedingsadviezen niet opvolgen en voelen zich schuldig omdat ze de ziekte niet onder controle kunnen houden.

Conclusies

De voedingsadviezen worden door de geïnterviewden als de meest vervelende consequentie van type 2 diabetes ervaren. Ze zijn wel overtkiigd van het belang van de voedingsadviezen en willen met behulp daarvan de complicaties van type 2 diabetes waar ze zo bang voor zijn, vertragen ofvoorkomen. In de praktijk lukt hen dat echter niet. Zij vinden dat de adviezen te sterk afwijken van wat ze gewend zijn. Maar ook stressvolle situaties zoals meerdere gezondheidsproblemen, verlies van naasten, problemen bij het opvoeden van kinderen, maken het voor hen moeilijker zich aan de adviezen te houden. Soms behoort eten en drinken tot het weinige waar ze van kunnen genieten.

De respondenten hebben verschillende manieren ontwikkeld om te leven met het dilemma van wel willen, maar niet kunnen. Sommigen schipperen binnen de eigen mogelijkheden met de voeding en zijn tevreden over de eigen inzet. Anderen zeggen dat ze zich niet aan de adviezen kunnen houden door hun omstandigheden, zoals onvoldoende financiële middelen of beperkingen vanwege het werk. Ze vinden de situatie minder gemakkelijk.

Sommigen ook blijven het steeds opnieuw proberen en zijn dan in zichzelf teleurgesteld dat het niet lukt. Enkelen hebben besloten om de adviezen maar niet meer op te volgen omdat het hun leven teveel beperkt.

Hulpverleners stimuleren patiënten voor hun bestwil om af te vallen en anders te gaan eten. Sommige hulpverleners waarschuwen voor de complicaties. De respondenten willen wel maar kunnen niet. De meesten ervaren met betrekking tot de voedingsadviezen geen begrip of ondersteuning van hun hulpverleners.

Betekenis voor de verpleegkundige praktijk

Gegeven de resultaten van dit onderzoek lijkt het weinig zinvol - en in veel gevallen misschien zelfs nadelig - mensen die tot de onderzochte patiëntengroep behoren voedingsadviezen te geven zonder hen daarin zorgvuldig te begeleiden.

Hulpverleners gaan er bij gezondheidsvoorlichting nog wel eens van uit dat zij de kennis die ze over gezond gedrag hebben aan patiënten moeten overdragen. De patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor wat zij met deze kennis doen, zo is daarbij de redenering. In deze studie is duidelijk geworden dat we met dit hulpverlenersgedrag een aantal patiënten met een extra probleem opzadelen. Zij weten welk gezondheidsgedrag goed voor hen is, zijn gemotiveerd om dit uit te voeren, maar blijken het in de praktijk niet te kunnen realiseren, en hebben daar last van. In het ergste geval leggen zij bij een negatief ziekteverloop de schuld geheel bij hun eigen gedrag en ontwikkelen daardoor een steeds negatiever zelfbeeld.

Als verpleegkundigen patiënten uit de lage sociaal-economische klasse ondersteuning bieden bij het leven met type 2 diabetes zal dat vanuit een algemene invalshoek moeten gebeuren. De verpleegkundige gaat dan met de patiënt na welke gezondheidsproblemen en maatschappelijke problemen er spelen en wat deze voor de patiënt betekenen. Op basis van deze inzichten kan met de patiënt bepaald worden welke (verpleegkundige) interventies prioriteit hebben. Soms is het nodig om eerst aandacht te besteden aan problemen die bij de patiënt sterke reacties als verdriet, boosheid, of onbegrip .vgroorzaken. Dit kan betekenen dat er (tijdelijk) weinig of geen energie over is om het voedingsgedrag te veranderen. Het is van belang dat de verpleegkundige het inzicht van de patiënt in de eigen mogelijkheden bevordert zodat de patiënt reële keuzes kan maken die een grote kans van slagen hebben.

Als de patiënt energie heeft om zijn voedingsgedrag te veranderen gaat de verpleegkundige met de patiënt na wat voeding voor hem betekent. Ook inventariseert zij bij de patiënt de ervaringen die hij reeds met de voedingsadviezen heeft opgedaan. Vooral als dit negatieve ervaringen zijn, is het goed om met hele kleine stapjes te beginnen. Hierdoor doet de patiënt positieve ervaringen op en ontwikkelt hij meer zelfvertrouwen.

De verpleegkundige stimuleert de patiënt om samen met zijn naaste naar het spreekuur te komen, zodat ook de naaste geïnformeerd is over en begrip heeft voor de keuzes die door de patiënt gemaakt worden. Hiermee vergroot de verpleegkundige de kans dat de naaste de patiënt in de thuissituatie beter zal kunnen ondersteunen.

Waar mogelijk organiseert de verpleegkundige groepsbijeenkomsten van patiënten en hun naasten. Tijdens de bijeenkomsten wordt ruim tijd besteed aan het delen van ervaringen van de deelnemers en wordt gelegenheid gegeven elkaar hierin te ondersteunen. De verpleegkundige gebruikt werkvormen waarin deelnemers door oefeningen leren kennis over voedingsadviezen en andere leefregels toe te passen en elkaar daarbij te helpen.

Het ondersteunen en begeleiden bij het naleven van voedingsadviezen is een taak die in veel gevallen ook door de diëtiste wordt uitgevoerd. Als de patiënt contact heeft met de verpleegkundige en de diëtiste is het van belang de activiteiten goed op elkaar afte stemmen. Behalve de diëtiste moeten ook de overige hulpverleners op de hoogte zijn van de wijze waarop de patiënt met zijn leefregels om wil en kan gaan, dit om te voorkomen dat hulpverleners elkaar niet tegenwerken.

Verpleegkundigen die voor taken in de algemene maatschappelijke gezondheidszorg zijn opgeleid, zijn - eventueel met een bijscholing - goed toegerust om deze patiëntencategorie te begeleiden. Met namede praktijkverpleegkundige is hiertoe in de gelegenheid. Gezien de complexe organisatie van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk moeten deze verpleegkundigen goed kunnen samenwerken met vele andere

werkers op dit terrein om de zorg op elkaar af te stemmen. De verpleegkundige zou hier de coördinerende taak op zich kunnen nemen. Het belangrijkste is echter dat ze affiniteit heeft met de doelgroep, veel geduld heeft, naar de mensen kan luisteren en in overleg met hen aan de slag gaan.

Tenslotte

Uit deze studie blijkt eens te meer dat de huidige interventies om tot ander voedingsgedrag te komen niet effectiefzijn. De meeste patiënten uit de lage sociaal-economische klasse die aan dit onderzoek hebben meegedaan ervaren de voedingsadviezen als een extra probleem omdat ze de adviezen wel willen, maar niet kunnen naleven. Dit verklaart mogelijk (gedeeltelijk) waarom de behandeling bij deze groep minder aanslaat zoals Casparie (1990) reeds vaststelde. Het is aan te bevelen om bij deze doelgroep onderzoek te doen naar de effecten van (verpleegkundige of multidisciplinaire) interventies op het gebied van ondersteuning bij voedingsadviezen.

Het gedrag van de respondenten in dit onderzoek kan mede verklaard worden vanuit de theorie van de aangeleerde hulpeloosheid. Kennis van deze theorie kan dus ook nuttig zijn bij het bepalen van interventies.

De theorie van de aangeleerde hulpeloosheid (Abramson e.a., 1978, geciteerd door Quinless e.a.,1988) gaat uit van het gegeven dat mensen die worden geconfronteerd met moeilijke omstandigheden die zij niet kunnen beïnvloeden, langzamerhand hun pogingen om aan de situatie te ontsnappen opgeven. Mensen leren dat ze in zo'n situatie hulpeloos zijn en zullen in soortgelijke situaties hetzelfde gedrag vertonen. De kans dat mensen niets meer ondernemen in een situatie waarin het wel mogelijk is te ontsnappen is volgens Abramson afhankelijk van de wijze waarop deze mensen hun hulpeloosheid verklaren. De mate van aangeleerde hulpeloosheid kan volgens Abramson van situatie tot situatie verschillen, omdat aangeleerde hulpeloosheid geen persoonlijkheidskenmerk is dat zich onder alle omstandigheden manifesteert; het doet zich slechts in bepaalde situaties voor. Abramson onderscheidt aan het begrip aangeleerde hulpeloosheid drie dimensies. De eerste dimensie betreft de verklaring die mensen geven voor een bepaalde situatie waarin het hen niet is gelukt om te bereiken wat ze zich hebben voorgenomen. Mensen kunnen zeggen dat iets niet lukte vanwege externe omstandigheden. Bijvoorbeeld: het naleven van de voedingsvoorschriften wordt belemmerd door geldgebrek of door onduidelijke voorschriften van de diëtiste. Dit wordt externe hulpeloosheid genoemd. Mensen kunnen ook zeggen dat ze de wilskracht niet hebben om de voedingsvoorschriften na te leven of dat ze het vermogen missen om de voorschriften goed te begrijpen; dit wordt interne hulpeloosheid genoemd. De tweede dimensie is het onderscheid tussen hulpeloosheid betreffende een groot aantal situaties of hulpeloosheid op een specifiek gebied. Zo zijn er mensen die vele barrières noemen die hen belemmeren de voedingsvoorschriften na te leven terwijl anderen zeggen dat ze de voedingsvoorschriften alleen met de feestdagen niet kunnen naleven. De derde dimensie betreft de mate waarin de invloed van de aangeleerde hulpeloosheid zich in de tijd manifesteert: mensen kunnen zeggen dat ze door de tijd heen altijd eenzelfde manier van omgaan met de voedingsvoorschriften ervaren terwijl er ook mensen zijn die afwisselend periodes hebben dat ze de voedingsvoorschriften wel en niet goed kunnen naleven. De drie dimensies moeten worden beschouwd als een continuum waarop mensen hun positie bepalen. Aangeleerde hulpeloosheid betreffende een bepaalde situatie is het grootst indien er sprake is van een grote mate van interne hulpeloosheid, hulpeloosheid betreffende een groot aantal situaties en hulpeloosheid die zich gedurende een langere tijd op stabiele wijze manifesteert. Abramson gaat uit van een vicieuze cirkel; de kans dat bepaald gedrag zich versterkt is zeer wel aanwezig. Op theoretische gronden en op basis van onderzoek (Flynn, 1997) blijkt dat aangeleerde hulpeloosheid iemand's zelfachting negatief beinvloedt, en minder zelfachting geeft meer kans op het ontwikkelen van een depressie. Flynn vond dat mensen met een grotere aangeleerde hulpeloosheid minder zelfachting hebben en omdat ze minder zelfachting hebben minder in staat zijn te participeren in gezondheidsbevorderende activiteiten. Behalve dat er sprake is van een vicieuze cirkel met betrekking tot een bepaald onderwerp zien we hier een soort olievlekwerking: de kans dat aangeleerde hulpeloosheid zich op een toenemend aantal gebieden gaat manifesteren is groot.

Flynn, Linda. The health practices of homeless women: A causal model. Nursing Research 46, 1997, nr. 2, p. 72-76. Quinless, F.W. en M.A. McDermott-Nelson. Developmentofa Measure Of Learned Helplessness. NursingResearch 37, 1988, nr.1, p. 11-14.

Noten

1 Friede Simmes is docent verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Mieke Grypdonck is hoogleraar verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht.

2 Dit artikel is het vervolg op ‘Leven met type 2 diabetes’, door dezelfde auteurs, in TVZ nr. 21, p. 648. De studie waarop de artikelen gebaseerd zijn, werd uitgevoerd in het kadervan de doctoraalstudie gezondheidswetenschappen, verplegingswetenschap.

Literatuur

Casparie, A.F., Verhoeven, S. en E. van Ballegooie. Sociaal-economische status en behandeling van diabetes meilitus type 2. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 68, 1990, nr. 2, p. 67-71.