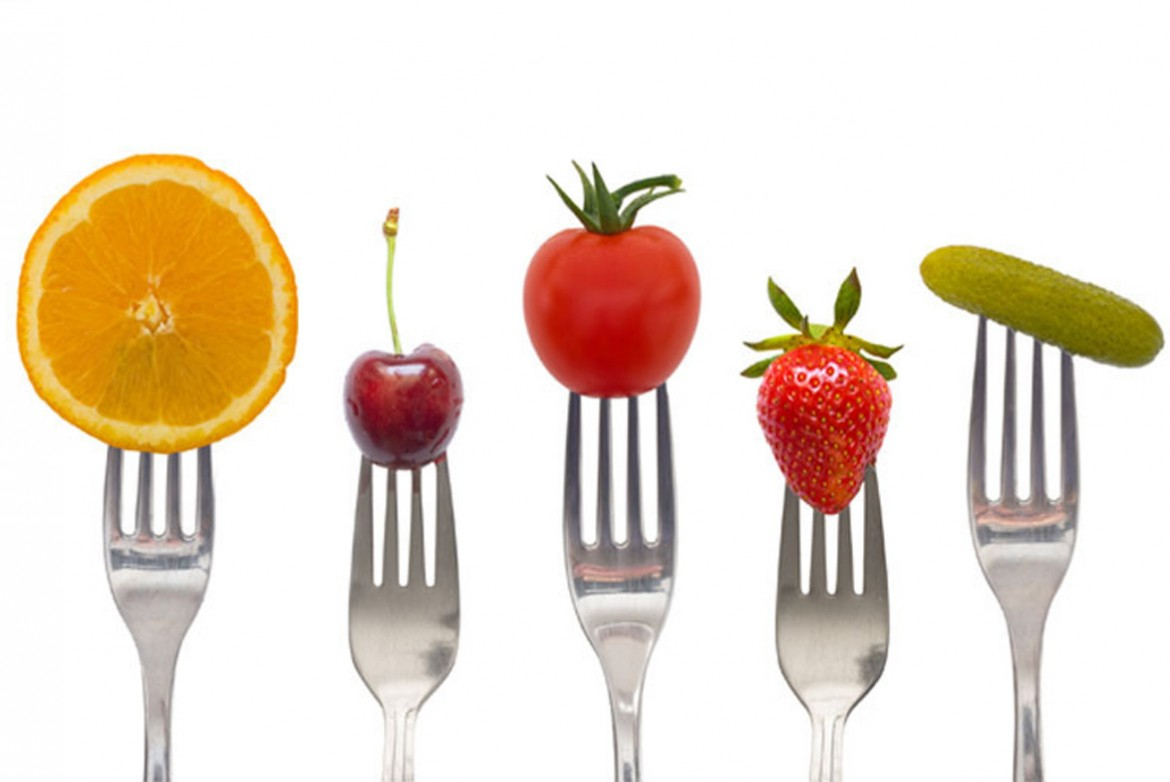


**Juiste voeding,**

praktijkgericht afstudeeronderzoek 1 (CU09322)



**optimale wondgenezing**

Kwantitatief onderzoek naar in hoeverre voorlichting wordt gegeven aan de zorgvrager door verpleegkundigen, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

*Shannon Brouwer*

*Bachelor of Nursing*

*HZ University of Applied Sciences*

# 

**Juiste voeding, optimale wondgenezing**

Kwantitatief onderzoek naar in hoeverre voorlichting wordt gegeven aan de zorgvrager door verpleegkundigen, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam: Shannon Brouwer

Studentnummer: 68306

E-mail: brou0041@hz.nl

School: HZ University of Applied Sciences

Opleiding: Bachelor of Nursing

Cursus: Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek 1 (CU09322)

Studiejaar: 2017-2018

Stageplek: Wondzorg Zeeland

Stagebegeleider: S. Rolloos

Eerste beoordelaar: T. Jansen

Tweede beoordelaar: I. Padmos

Plaats: Vlissingen

Datum: 28-05-2018

*Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de auteur.*

# Voorwoord

Mijn naam is Shannon Brouwer. Ik volg het vierde jaar van de Bachelor-verpleegkunde opleiding aan de HZ University of Applied Sciences. In dit studiejaar wordt de cursus ‘Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek 1’ gevolgd, waarbij onderzoek gedaan wordt op de desbetreffende stageplaats.

Dit verslag bevat mijn afstudeeronderzoek naar in hoeverre voorlichting wordt gegeven aan de zorgvrager door verpleegkundigen, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen Wondzorg Zeeland en Quality Zorg. Ik was verbaasd om van de verpleegkundig specialist te horen dat het onderwerp voeding ondergeschikt is binnen de wondzorg. Daarom wilde ik hier graag meer vanaf weten.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in welke voedingsadviezen de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg geven aan de zorgvrager, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces, en in hoeverre deze voorlichting volgens het model van Kok wordt gegeven. Bij een zorgvrager met een gecompliceerde wond, kan het noodzakelijk zijn het voedingspatroon te veranderen. Ik ben van mening dat de verpleegkundige hierin een grote rol kan spelen; door goede voorlichting te geven en ondersteuning te bieden bij het doormaken van gedragsverandering en gedragsbehoud.

Graag wil ik T. Jansen en I. Padmos bedanken voor de begeleiding gedurende deze cursus.

# Samenvatting

***Aanleiding*** Het aantal zorgvragers met acute en/of gecompliceerde wonden in Nederland bedraagt jaarlijks circa 350.000 personen. Bij het genezingsproces van een wond speelt voeding een belangrijke rol. Een goede voeding is essentieel voor de wondgenezing, daarnaast blijkt dat ondervoeding het risico op wonden kan verhogen. Voor een zorgvrager met gecompliceerde wonden kan het noodzakelijk zijn om een gedragsverandering binnen de voedingsgewoonten te bereiken. Het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok geeft weer welke fasen moeten worden doorlopen om met een verpleegkundige interventie gedragsverandering en gedragsbehoud bij de zorgvrager te bereiken.Het is onduidelijk in hoeverre verpleegkundigen binnen Wondzorg Zeeland en Quality Zorg, voorlichting geven aan de zorgvrager over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Ook is onduidelijk welke voedingsadviezen worden gegeven.

***Methode*** Het onderzoek is kwantitatief van aard. Aan de hand van wetenschappelijke literatuur is een internet-enquête opgesteld, die is uitgezet onder 63 verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg. De verkregen gegevens zijn geanalyseerd met behulp van Statistical Package for the Social Sciences, Statistics, versie 24.0 (SPSS). Vervolgens is dit onderzoeksverslag opgesteld.

***Resultaten*** Uit de resultaten blijkt een respons van 40 verpleegkundigen. Dit betreft 63,5% van de totale onderzoekspopulatie. Over het algemeen geven de verpleegkundigen voorlichting over voedingsstoffen waar een zorgvrager met wonden (mogelijk) een tekort aan heeft (47,9%). Tevens worden vaak algemene voedingsadviezen gegeven (37%). Over het algemeen zijn de adviezen gericht op de consumptie van eiwitten. Over de consumptie van koolhydraten, vetzuren, vitaminen en mineralen wordt vaak geen advies gegeven. Grotendeels wordt mondelinge voorlichting gegeven (85,1%). Slechts 5 verpleegkundigen (10,6%) doen dit op schriftelijke wijze.Uit de resultaten van de enquêtevragen gericht op het model van gedragsverandering door Kok, blijkt dat verpleegkundigen de voorlichting vaak aansluiten op de al bestaande kennis van de zorgvrager (65%). Echter wordt de zorgvrager slechts soms (70%) uitgenodigd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem.Tenslotte blijkt dat 39 respondenten (97,5%) vinden dat er meer aandacht zou moeten worden besteed aan het geven van voorlichting aan zorgvragers met wonden, over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

***Discussie*** De voedingsadviezen van de respondenten zijn niet eenduidig en vooral gericht op de consumptie van eiwitten. Het geven van mondelinge voorlichting kan een verklaring zijn voor de zichtbaar verschillende adviezen die de respondenten aan zorgvragers geven. Discutabel is in hoeverre de kennis over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces aanwezig is bij de verpleegkundigen. Daarnaast wordt niet gericht voorlichting gegeven volgens het model van Kok. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de verpleegkundigen in de praktijk weinig tijd hebben om uitgebreid stil te staan bij het geven van voorlichting. Mogelijk richten de verpleegkundigen zich vooral op het geven van de voorlichting, en niet op het gericht plannen van de gedragsverandering en het in stand houden hiervan.

***Conclusie*** De verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg geven voorlichting aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Echter, de wijze van voorlichten verschilt en de voedingsadviezen zijn niet eenduidig. Voornamelijk wordt mondelinge voorlichting gegeven, waarbij niet alle van belang zijnde voedingsstoffen aan bod komen.

Kijkend naar het model van Kok, komen de onderdelen van de verschillende fases niet altijd aan bod. Gesteld kan worden dat de voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces aan zorgvragers met wonden nog niet optimaal is.

***Aanbevelingen*** De aanbevelingen voor de praktijk bestaan uit het geven van een scholing aan de verpleegkundigen, de organisaties voorzien van een folder met eenduidige voedingsadviezen en het structureel inschakelen van een diëtist. Voor de bachelor-verpleegkunde opleiding wordt aanbevolen om het onderwerp voeding bij de colleges gericht op wondzorg te betrekken en meer aandacht te besteden aan het voeren van voorlichtingsgesprekken. Tenslotte wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om naast een kwantitatief onderzoek een observatieonderzoek uit te voeren. Tevens wordt aanbevolen om het onderzoek uit te voeren onder zoveel mogelijk organisaties in Nederland en zorgvragers met wonden in de onderzoekspopulatie te includeren.

# Abstract

***Objective*** The number of patients with acute and/or complicated wounds in the Netherlands is approximately 350.000 per year. Nutrition has an important role in the healing process of a wound. A good diet is essential for wound healing, in addition, it appears that malnutrition can increase the risk of wounds. For a patient with complicated wounds, it may be necessary to achieve a behavioral change within the dietary habits. The model of behavioral change by Kok describes which phases must be followed to achieve behavioral change and retention with a nurse intervention.It is unclear to what extent nurses from Wondzorg Zeeland and Quality Zorg provide information to the patient about the influence of diet on the wound healing process. It is also unclear which dietary advice is given.

***Method*** The research is quantitative in nature. Based on scientific literature, an internet survey has been drawn up, which was plotted among 63 nurses from Wondzorg Zeeland and Quality Care. The data obtained has been analyzed using Statistical Package for the Social Sciences, Statistics, version 24.0 (SPSS). Subsequently this research report was drawn up.

***Results*** The results show a response of 40 nurses. This concerns 63.5% of the total study population. In general, the nurses provide information about nutrients that a person with a wounds (possibly) has a shortage of (47.9%). Common nutritional advice is also often given (37%). In general, the advice is focused on the consumption of proteins. There is often no advice on the consumption of carbohydrates, fatty acids, vitamins and minerals. Mostly, oral information is given (85.1%). Only 5 nurses (10.6%) give written information.From the results of the survey questions aimed at the model of behavioral change by Kok, it appears that nurses often link the information to the already existing knowledge of the care recipient (65%). However, the patient is only sometimes (70%) invited to reflect on the relationship between lifestyle and the health problem.Finally, 39 respondents (97.5%) believe that more attention should be paid to providing information to patients with wounds, about the influence of nutrition on the wound healing process.

***Discussion*** The dietary advice of the respondents is inconclusive and focused on the consumption of proteins. The provision of oral information can be an explanation for the different advice that the respondents give to patients. It is debatable to what extent the knowledge of nurses is about the influence of nutrition on the wound healing process. In addition, the information given is not focused on Kok’s model. A possible explanation for this is that the nurses have little time in practice to give extensive consideration to providing information. The nurses possibly focus on providing the information, and not on the planning of the behavioral change and maintaining it.

***Conclusion*** The nurses of Wondzorg Zeeland and Quality Zorg provide information to patients with wounds about the influence of nutrition on the wound healing process. However, the way of giving the information is different and the information is inconclusive. Not all important nutrients are discussed. Referring to Kok's model, the components of the different phases are not always discussed. It can be said that the information about the influence of diet on the wound healing process to patients with wounds is not yet optimal.

***Recommendations*** The recommendations for the practice consist of providing training to the nurses, providing the organizations with a leaflet with clear dietary advice and the structural use of a dietitian. For the bachelor-nursing program it is recommended to include the subject of nutrition in the lectures focused on wound care and pay more attention to conducting informational conversations. Finally, for follow-up research, it is recommended to perform an observation study in addition to a quantitative study. It is also recommended to carry out the research among as many organizations in the Netherlands as possible and to include patients with wounds in the study population.

Inhoudsopgave

[Inleiding 13](#_Toc515011094)

[Doelstelling 14](#_Toc515011095)

[Vraagstelling 14](#_Toc515011096)

[Relevantie 15](#_Toc515011097)

[Leeswijzer 15](#_Toc515011098)

[Hoofdstuk 1: Theoretisch kader 17](#_Toc515011099)

[1.1 Zoekstrategie 17](#_Toc515011100)

[1.2 Zoekboom 19](#_Toc515011101)

[1.3 Wondgenezingsproces 20](#_Toc515011102)

[1.4 Voedingstoestand en het wondgenezingsproces 21](#_Toc515011103)

[1.5 Voedingsstoffen bij de behandeling van wonden 22](#_Toc515011104)

[1.6 Gezondheidsvoorlichting door de verpleegkundige 23](#_Toc515011105)

[1.7 Mondelinge en schriftelijke gezondheidsvoorlichting 24](#_Toc515011106)

[1.8 Het model van gedragsverandering door voorlichting 25](#_Toc515011107)

[1.9 Samenvatting 26](#_Toc515011108)

[Hoofdstuk 2: Methoden 27](#_Toc515011109)

[2.1 Onderzoekstype en ontwerp 27](#_Toc515011110)

[2.2 Onderzoekspopulatie 27](#_Toc515011111)

[2.3 Plaats en tijd 28](#_Toc515011112)

[2.4 Dataverzameling 28](#_Toc515011113)

[2.4.1 Instrument 29](#_Toc515011114)

[2.5 Dataverwerking en analyse 31](#_Toc515011115)

[2.6 Betrouwbaarheid en validiteit 31](#_Toc515011116)

[2.7 Juridische en ethische aspecten 32](#_Toc515011117)

[2.8 Wijze van rapportage 33](#_Toc515011118)

[Hoofdstuk 3: Resultaten 35](#_Toc515011119)

[3.1 Respons 35](#_Toc515011120)

[3.2 Respondentkenmerken 35](#_Toc515011121)

[3.3 Voorlichting in het algemeen 36](#_Toc515011122)

[3.4 Voedingsadviezen 37](#_Toc515011123)

[3.5 Model van gedragsverandering 39](#_Toc515011124)

[3.5.1 Contact maken 39](#_Toc515011125)

[3.5.2 Verandering van gedragsdeterminanten 40](#_Toc515011126)

[3.5.3 Planning gewenst gedrag 41](#_Toc515011127)

[3.5.4 Stabilisatie 42](#_Toc515011128)

[3.6 Afsluiting 42](#_Toc515011129)

[Hoofdstuk 4: Discussie 43](#_Toc515011130)

[4.1 Doel van het onderzoek 43](#_Toc515011131)

[4.2 Voedingsadviezen 43](#_Toc515011132)

[4.3 Model van gedragsverandering 44](#_Toc515011133)

[4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek 45](#_Toc515011134)

[Hoofdstuk 5: Conclusie 47](#_Toc515011135)

[5.1 Deelvraag 1 47](#_Toc515011136)

[5.2 Deelvraag 2 47](#_Toc515011137)

[5.3 Centrale onderzoeksvraag 48](#_Toc515011138)

[Hoofdstuk 6: Aanbevelingen 49](#_Toc515011139)

[6.1 Aanbevelingen praktijk 49](#_Toc515011140)

[6.2 Aanbevelingen opleiding 49](#_Toc515011141)

[6.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek 50](#_Toc515011142)

[Literatuurlijst 51](#_Toc515011143)

[Bijlage I: Enquête 53](#_Toc515011144)

[Bijlage II: Toestemmingsverklaring 61](#_Toc515011145)

[Bijlage III: SPSS databestand en codeboek 63](#_Toc515011146)

[Bijlage IV: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag 67](#_Toc515011147)

# Inleiding

Het aantal zorgvragers met acute en/of gecompliceerde wonden in Nederland bedraagt jaarlijks circa 350.000 personen (Wondzorg Zeeland, 2016). Acute wonden ontstaan plotseling en zijn van korte duur. Enkele voorbeelden van acute wonden zijn: chirurgische wonden, snijwonden, blaren, schaafwonden en brandwonden (Startwondverzorging, 2017). Bij een gecompliceerde wond wordt het wondgenezingsproces verstoord en vertraagd. Dit proces bestaat uit vier fases, namelijk de hemostase (bloedstolling), inflammatie (ontsteking), proliferatie (nieuw weefsel) en hermodellering (rijping). Bij een gecompliceerde wond blijft vaak het genezingsproces gestagneerd in de inflammatie- of proliferatiefase of in beide. Dit kan een gevolg zijn van onderliggend lijden zoals vaatlijden, een slechte lichamelijke conditie door ziekte en ondervoeding of diabetes (Startwondverzorging, 2017).

Uit het rapport van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen blijkt dat bij gemiddeld 5,4% van de zorgvragers binnen de Woon-, Zorg- en Welzijnsvoorzieningen (WZW) sector in 2015 één of meer chronische wonden werden geconstateerd. Binnen de thuiszorg was dit het geval bij 3,7% van de zorgvragers. Meer dan de helft van deze chronische wonden waren decubituswonden (Halfens, Meesterberends, Neyens, Rondas, Rijcken, Wolters, & Schols, 2015). Volgens het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen is 19,3% van de zorgvragers die wondzorg aan huis krijgen na een jaar nog steeds in behandeling en na twee jaar bedraagt dit nog een percentage van 11,8% (Segers, 2016).

Bij het genezingsproces van een wond speelt voeding een belangrijke rol. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Volgens Demling (2009) kan door middel van een gezond eetpatroon de wondgenezing worden bevorderd. Bovendien kan ongezond eten juist een averechtse werking hebben en de genezing verstoren (Bosman, 2017). Wanneer er sprake is van een wond, heeft het lichaam extra behoefte aan eiwitten. Een volwassen persoon heeft 1,2 tot 1,7 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht nodig om aan deze behoefte te voldoen. Daarnaast is er extra behoefte aan energie en voldoende vochtinname. De afbraakstoffen van de weefselbeschadiging worden daarmee uit het lichaam verwijderd en een nieuwe aanvoer van voedingsstoffen wordt gewaarborgd (Mediq CombiCare, 2017). Een goede voeding is essentieel voor de wondgenezing, maar daarnaast blijkt dat zelfs ondervoeding het risico op wonden kan verhogen (Demling, 2009).

Voor een zorgvrager met gecompliceerde wonden kan het noodzakelijk zijn om een gedragsverandering binnen de voedingsgewoonten te bereiken. Het gedrag en de leefstijl van de zorgvrager kan door de verpleegkundige worden beïnvloed door verschillende preventieve vormen van gezondheidsvoorlichting te geven. Het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok geeft weer welke fasen moeten worden doorlopen om met een verpleegkundige interventie gedragsverandering en gedragsbehoud bij de zorgvrager te bereiken (Sassen, 2014, pp. 143, 160).

Wondzorg Zeeland, opgericht in 2016, wil de kwaliteit van leven vergroten van zorgvragers met gecompliceerde wonden en de onnodige zorgkosten die gepaard gaan met de chronische en complexe wonden laten dalen. Wondzorg Zeeland streeft ernaar om wonden van zorgvragers in zo kort mogelijke periode te dichten en onnodige amputaties en/of verwijzingen te voorkomen (Wondzorg Zeeland, 2016).

Wondzorg Zeeland bestaat uit een samenwerking tussen Iriz Thuiszorg, Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland, Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland en Stichting Zorgcentrum Cederhof. Deze samenwerking is gericht op kennisdeling en ervaring. De wondverpleegkundigen van Wondzorg Zeeland verzorgen op professionele wijze wonden in de eigen vertrouwde omgeving van de zorgvrager. Daarvoor is een verwijzing van de huisarts of specialist een vereiste, waarna binnen 24 tot 48 uur een beoordeling van de wond plaatsvindt door de verpleegkundig specialist van Wondzorg Zeeland. Wondzorg Zeeland is gespecialiseerd in de wondzorg van chronische en complexe wonden waarbij elke wond uniek is. Daarbij hoort een gepersonaliseerd opgesteld behandelplan waarbij samen wordt gewerkt met andere zorgprofessionals (Wondzorg Zeeland, 2016).

In 2017 heeft Qualityzorg een belangrijke rol gespeeld als adviseur voor Wondzorg Zeeland. Zij zijn de grootste specialistische thuiszorgorganisatie op het gebied van wondzorg. Sinds 1 januari 2018 hebben Quality Zorg en Wondzorg Zeeland een samenwerkingsverband. Deze samenwerking zal naast de zorginhoudelijke ondersteuning, bestaan uit ondersteuning op het gebied van zorgprotocollen, contacten met de zorgverzekeraars, digitale ondersteuning en innovaties (Wondzorg Zeeland, 2018).

Het is onduidelijk in hoeverre verpleegkundigen binnen Wondzorg Zeeland en Quality Zorg, voorlichting geven aan de zorgvrager over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Ook is onduidelijk welke voedingsadviezen worden gegeven. Wondzorg Zeeland ziet relatief veel wonden die langer bestaan dan 80 dagen (Wondzorginnovatie B.V., 2017). Een vertraagd wondgenezingsproces van de zorgvrager komt mogelijk door het ontbreken van een goed dieet. Het zou interessant zijn om dit nader te onderzoeken.

## Doelstelling

Het doel is inzicht verkrijgen in welke voedingsadviezen de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg geven aan de zorgvrager, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces, en in hoeverre deze voorlichting volgens het model van Kok wordt gegeven.

## Vraagstelling

**Centrale onderzoeksvraag:**

Welke voedingsadviezen geven verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg aan de zorgvrager omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces en in hoeverre wordt deze voorlichting volgens het model van Kok gegeven?

**Deelvragen:**

* Welke voedingsadviezen omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces geven de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg aan de zorgvrager?
* In hoeverre wordt bij het geven van voorlichting aan de zorgvrager door de verpleegkundige de fases van het model van gedragsverandering door voorlichting van KOK gehanteerd?

## Relevantie

Het geven van gezondheidsvoorlichting is een competentie die de bachelor verpleegkundige moet bezitten om één van de vijf beroepsrollen te kunnen vervullen. Er zijn vijf beroepsrollen te onderscheiden, namelijk: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Binnen het verpleegkundig domein is het geven van gezondheidsvoorlichting een competentie behorend bij de beroepsrol ‘zorgverlener’. De derde competentie bij deze beroepsrol luidt als volgt: “De hbo-verpleegkundige geeft informatie, voorlichting en advies aan individuen en groepen.”.

Hierbij wordt de behoefte aan informatie, voorlichting en advies gesignaleerd, wordt de vraag van de zorgvrager in kaart gebracht en wordt een voorlichtingsplan opgesteld die vervolgens uitgevoerd wordt. De verpleegkundige bevordert de gezondheid door gezondheidsvoorlichting te geven (Hesselink, 2010, pp. 27-34).

Dit onderzoek is relevant voor het verpleegkundig domein. Voor verpleegkundigen die zorgvragers ondersteunen bij de wondzorg, is het van belang dat zij het belang van een goed voedingspatroon hierbij weten. Door het geven van gezondheidsvoorlichting kan de kennis gedeeld en toegepast worden, waardoor het wondgenezingsproces wordt bevorderd. Tevens hebben zorgvragers hierdoor een minder lange behandeling nodig en worden onnodige hoge zorgkosten voorkomen. Door de zorgvrager preventief te motiveren tot gezond gedrag, wordt de gezondheidssituatie verbeterd en de kans op het ontstaan of verergeren van wonden verkleind (Jonkers, 2016).

## Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag bestaat uit de volgende hoofdstukken: het theoretisch kader, methoden van onderzoek, resultaten, discussie, conclusie en aanbevelingen. In het theoretisch kader wordt het uitgevoerde literatuuronderzoek beschreven. Hiervoor zijn wetenschappelijke artikelen geraadpleegd. Vervolgens vindt u in de methode de onderzoeksopzet en de operationalisatie van de opgestelde enquête. De verkregen onderzoeksresultaten zijn geanalyseerd in het hoofdstuk resultaten. Vervolgens vindt u de discussie aan de hand van de resultaten en de geraadpleegde literatuur. In de conclusie worden de deelvragen en de onderzoeksvraag beantwoord, waarop aanbevelingen volgen voor de praktijk, de opleiding en vervolgonderzoek. Tenslotte is in de bijlage de opgestelde enquête en de toestemmingsverklaring vanuit Wondzorg Zeeland weergegeven. Daarop volgt het databestand met codeboek en het beoordelingsformulier voor het onderzoeksverslag.

# Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk staat het theoretisch kader centraal, waarbij wetenschappelijke literatuur is geraadpleegd. De zoekstrategie met opgestelde zoekvragen, zoektermen en zowel inclusie als exclusiecriteria worden benoemd. Daarnaast is er een uitwerking van de literatuur aanwezig en ten slotte vindt u een samenvatting aan het einde van dit hoofdstuk.

## 1.1 Zoekstrategie

Om gericht te zoeken naar wetenschappelijke literatuur in databanken, zijn verschillende zoekvragen opgesteld. Deze zoekvragen zijn gericht op de invloed van voeding op het wondgenezingsproces en op het geven van voorlichting. De vragen worden vervolgens uitgewerkt.

**Zoekvragen:**

* Wat houdt het wondgenezingsproces in?
* Wat zijn de gevolgen van de voedingstoestand van de individuele zorgvrager op het wondgenezingsproces?
* Welke voedingsstoffen zijn belangrijk bij de behandeling en preventie van wonden?
* Wat is het verband tussen gezondheidsbevordering en gezondheidsvoorlichting?
* Wat is het belang van het geven van gezondheidsvoorlichting door de verpleegkundige?
* Wat is het belang van schriftelijke en mondelinge gezondheidsvoorlichting?
* Wat beschrijft de literatuur over het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok?

**Zoektermen**

Om de juiste informatie te kunnen vinden, zijn vooraf zoektermen vastgesteld. Deze termen zijn zowel in het Nederlands als in het Engels omschreven. Om gerichter te kunnen zoeken worden de zoektermen aan elkaar gekoppeld door middel van Booleaanse operatoren (tabel 1). Hierdoor wordt wetenschappelijke literatuur gevonden waar beide zoektermen in voorkomen.

Tabel 1: Zoektermen

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlands | Engels |
| Wondgenezingsproces | Wound healing |
| Voeding AND Wondgenezing | Nutrition AND Wound healing |
| Voeding AND Wonden | Nutrition AND Wounds |
| Voeding AND Wondzorg | Nutrition AND Wound care |
| ASE-model | ASE-model |
| Voeding | Nutrition |
| Gezondheidsbevordering | Health promotion |
| Gezondheidsvoorlichting | Health education |
| Schriftelijk AND Voorlichting | Written AND Education |
| Mondeling AND Voorlichting | Spoken AND Education |
| Model van Kok | - |

**Databanken**

Om wetenschappelijke literatuur te verkrijgen, is gezocht in de volgende databanken: PubMed Central, Public Library Of Science, ScienceDirect en SpringerLink. Daarnaast wordt gezocht in boeken en websites of documenten van websites.

**Inclusie- en exclusiecriteria**

In onderstaande tabel, tabel 2, wordt weergegeven aan welke inclusiecriteria de literatuur moet voldoen. Tevens zijn de daar tegenoverstaande exclusiecriteria benoemd.

Tabel 2: Criteria

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| De literatuur is in het Nederlands of Engels geschreven. | De literatuur is geschreven in een andere taal dan Nederlands of Engels. |
| Van de literatuur is de gratis Fulltext beschikbaar óf deze kan worden opgevraagd. | Van de literatuur is geen fulltext te verkrijgen. |
| De literatuur is niet ouder dan 10 jaar. | De literatuur is afkomstig uit een jaartal vóór 2007. |
| De literatuur is geschikt om antwoord te geven op de zoekvragen. | De literatuur is niet geschikt om antwoord te geven op de zoekvragen. |
| De literatuur is gericht op de invloed van voeding op het wondgenezingsproces óf gericht op het geven van voorlichting door de verpleegkundige. | De literatuur is niet gericht op de invloed van voeding op het wondgenezingsproces óf gericht op het geven van voorlichting door de verpleegkundige. |

## 1.2 Zoekboom

In onderstaande zoekboom wordt per geraadpleegde databank de gebruikte zoektermen beschreven. Vervolgens wordt door middel van exclusies overzichtelijk gemaakt welke artikelen worden gebruikt om antwoord te geven op de zoekvragen.

Aantal gevonden artikelen in totaal

n=195, n=25, n= 205, n=43, n=59

n=41, n= 14, n=69, n=28, n=36 artikelen

Exclusie op basis van titel:

n= 154, n= 11, n= 136, n=15, n=23 artikelen

n=2, n=1, n=1, n=1, n=1 artikelen geïncludeerd

**Wetenschappelijke artikelen**

1. Brown, K., & Phillips, T. (2010, augustus). *Nutrition and wound healing.* Opgeroepen op oktober 5, 2017, van http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X10000520
2. Wild, T., Rahbarnia, A., Kellner, M., Sobotka, L., & Eberlein, T. (2010, september). *Basics in nutrition and wound healing.* Opgeroepen op oktober 22, 2017, van http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900710001668
3. Demling, R. (2009, februari 3). *Nutrition, Anabolism, and the Wound Healing Process: An Overview.* Opgeroepen op oktober 13, 2017, van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642618/
4. Halfens, R., Meesterberends, J., Neyens, A., Rondas, A., Rijcken, S., Wolters, S., & Schols, J. (2015). Een Europese richtlijn over voeding en decubitus. Opgeroepen op september 24, 2017, van https://link.springer.com/article/10.1007/BF03075251
5. Jonkers, A. (2016, september 6). Goede voeding bij wondzorg. *Nursing*. Opgeroepen op september 14, 2017, van https://www.nursing.nl/magazine-artikelen/goede-voeding-bij-wondzorg/
6. Twinomujuni, C., Nuwaha, F., & Babirye, J. (2015, juni 1). *Understanding the Low Level of Cervical Cancer Screening in Masaka Uganda Using the ASE Model: A Community-Based Survey.* Opgeroepen op november 13, 2017, van http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128498

**Databank Zoekwoorden Aantal hits**

ScienceDirect Nutrition AND Wound healing n= 195

PubMed Central Nutrition AND Wound healing n= 25

SpringerLink Voeding n= 205

Nursing Voeding AND Wondzorg n= 43

Public Library Of Science ASE-model n= 59

Exclusie op basis van samenvatting/abstract:

n=35, n=8, n=59, n=19, n=25 artikelen

n=6, n=6, n=10, n=9, n= 11 artikelen

Exclusie op basis van fulltext artikel:

n=4, n= 5, n=9, n=8, n=10 artikelen

**Websites/documenten van websites**

Deze websites zijn gebruikt om begrippen binnen het theoretisch kader verder toe te lichten.

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. (2008, juli). *Gezonde voeding, van begin tot eind.* Opgeroepen op oktober 16, 2017, van http://www.mvo.nl/media/gezondheid/gezonde\_voeding\_van\_begin\_tot\_eind.pdf
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015, september 22). *Wat is preventie?* Opgeroepen op oktober 16, 2017, van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit\_van\_preventie/Over\_kosteneffectiviteit\_en\_preventie/Opbouw\_interventies\_literatuurdatabase/Wat\_is\_preventie
3. Startwondverzorging. (2017). *Acute wonden*. Opgeroepen op september 11, 2017, van http://www.startwondverzorging.nl/CONTENT/index.php/gecompliceerde-wonden/1-acute-wonden
4. Startwondverzorging. (2017). *Wondverzorging*. Opgeroepen op september 11, 2017, van http://www.startwondverzorging.nl/CONTENT/index.php
5. Waldmann, B. (2008, januari). *Voorlichting op maat.* Opgeroepen op januari 14, 2018, van https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting\_op\_maat.pdf

**Boeken**

1. Hesselink, J. (2010). *Oriëntatie op verpleegkunde* (Eerste druk ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
2. Sassen, B. (2014). Gezondheidsbevordering en zelfmanagement. Amsterdam: Reed Business Education.

## 1.3 Wondgenezingsproces

Het wondgenezingsproces bestaat uit vier fases, namelijk de hemostase, inflammatie, proliferatie en hermodellering. Tijdens de hemostase vindt na het ontstaan van de wond onmiddellijke stolling van het bloed plaats, waardoor het bloeden van de wond stopt door vorming van een bloedprop. Binnen de eerste vier dagen na het ontstaan van de wond worden in de inflammatiefase dode cellen en micro-organismen opgeruimd. Tussen de vierde en de éénentwintigste dag bevindt de wond zich in de proliferatie (of regeneratie) fase waarbij de dermis wordt hersteld. Het gevolg hiervan is het sluiten van de wond. Vanaf de éénentwintigste dag tot twee jaar later wordt collageenweefsel verder aangemaakt in de hermodelleringsfase, waardoor de rekbaarheid van het weefsel weer toeneemt. Bovengenoemde fasen moeten in de juiste volgorde en zonder onderbreking worden doorlopen voor een normaal verloop van het wondgenezingsproces (Startwondverzorging, 2017).

Wonden kunnen acuut of gecompliceerd zijn. Acute wonden ontstaan plotseling en zijn van korte duur. Het kan overal op het lichaam voorkomen en kan variëren van oppervlakkige krassen tot diepe wonden. Acute wonden kunnen worden onderverdeeld in chirurgische wonden en traumatische wonden. Een chirurgische wond wordt ook wel een operatiewond genoemd. De wond is naar aanleiding van een incisie ontstaan tijdens een operatie. Onder normale omstandigheden kan deze wond probleemloos genezen (Startwondverzorging, 2017). Een traumatische wond ontstaat door een invloed van buitenaf. Deze wonden kunnen ontstaan door ruwe oppervlaktes, scherpe voorwerpen, scherpe randen of door ruw krachtgebruik. Voorbeelden van traumatische wonden zijn schaafwonden, scheurwonden, snijwonden, schot-, steek- en bijtwonden (Startwondverzorging, 2017).

Een acute wond kan overgaan in een gecompliceerde wond. Bij een gecompliceerde wond, ook wel een moeilijk genezende wond genoemd, wordt het genezingsproces verstoord en vertraagd. Het genezingsproces stagneert in één van de fases, waardoor de wondgenezing lang kan duren. Dit kan ten gevolge zijn van onderliggend lijden zoals vaatlijden, een ontstekingsproces ter plaatse, een slechte lichamelijke conditie door ziekte en ondervoeding of diabetes (Startwondverzorging, 2017).

## 1.4 Voedingstoestand en het wondgenezingsproces

De voedingstoestand van een persoon geeft aan in hoeverre het lichaam wordt voorzien van benodigde energie en voedingsstoffen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, 2008). Voeding speelt een belangrijke rol in alle fases van het wondgenezingsproces (Demling, 2009). Wanneer er sprake is van wonden, heeft een zorgvrager een verhoogde energiebehoefte en een verminderde intake. Vaak eet de zorgvrager minder door pijn, een verminderde eetlust of vermoeidheid. Door in een goede voedingstoestand te verkeren, wordt de wondbehandelingsduur verkort (Jonkers, 2016).

Binnen de thuiszorg is 30 procent van de zorgvragers ondervoed en daarnaast is 19 procent van de zorgvragers die wondzorg aan huis krijgen na een jaar nog steeds in behandeling. Na twee jaar bedraagt dit percentage nog 12 procent. Een belangrijk deel van de zorgvragers met wonden vormen een risicogroep voor ondervoeding. Vooral bij ouderen is dit het geval, omdat er vanwege veroudering al een tragere wondgenezing plaatsvindt. De huid bevat namelijk minder elastine, zij hebben een verminderde capillaire doorbloeding en het immuunsysteem werkt minder efficiënt (Jonkers, 2016).

Uit een systematic review van Demling (2009), waarbij het belang van specifieke voedingsaspecten centraal staan, blijkt dat een slechte voedingstoestand waarbij het lichaamsgewicht afneemt van negatieve gevolgen kan zijn voor het wondgenezingsproces. Wanneer het lichaamsgewicht met minder dan 20 procent afneemt, geeft het lichaam de prioriteit om eiwitten te gebruiken voor de wondgenezing. De immuniteit is hierbij echter verlaagd, waardoor een verhoogde kans op infectie aanwezig is. Bij een afname van 20 procent is er sprake van een gelijke concurrentie voor het gebruik van de eiwitten tussen de wond en het herstel van het lichaamsgewicht. De huid wordt dunner en infecties kunnen optreden, waardoor het herstelproces vertraagt. Echter bij een gewichtsverlies van 30 procent of meer stagneert het wondgenezingsproces tot het lichaamsgewicht op zijn minst gedeeltelijk hersteld wordt. Dit betekent dat hoe meer een persoon afvalt, des te meer de eiwitten worden gebruikt om het lichaamsgewicht weer op peil te krijgen. Dit heeft als gevolg dat het wondgenezingsproces wordt vertraagd of zelfs stagneert (Demling, 2009).

## 1.5 Voedingsstoffen bij de behandeling van wonden

Vanwege de negatieve gevolgen van een slechte voedingstoestand op het wondgenezingsproces, is het van belang te weten welke voedingsstoffen belangrijk zijn bij de behandeling en preventie van wonden. Uit het artikel ‘Goede voeding bij wondzorg’ uit Nursing (2016) van A. Jonkers blijkt dat in alle fasen van het wondgenezingsproces macronutriënten (eiwitten, koolhydraten, vetten) en micronutriënten (vitaminen, mineralen en sporenelementen) noodzakelijk zijn. Deze voedingsstoffen zorgen voor een goede en snelle wondgenezing. Daarnaast verhoogt ondervoeding zelfs het risico op wonden. Tevens tonen Brown & Philips (2010) aan dat tekorten aan voedingsstoffen vaker voorkomen bij zorgvragers met wonden en een vertraagde genezing veroorzaken.

**Eiwitten**

Eiwitten hebben de grootste rol in het wondgenezingsproces (Wild, Rahbarnia, Kellner, Sobotka, & Eberlein, 2010). In alle fasen van de wondgenezing zijn eiwitten essentieel; voor de eiwitsynthese, aanmaak van nieuwe bloedvaatjes, celvorming en collageensynthese. Bij het gebrek aan eiwitten ontstaat oedeemvorming in het weefsel, wat een ongunstig effect heeft op de doorbloeding en stofwisseling in de huid. Dit is nadelig voor de genezing van bestaande wonden en maakt de huid gevoeliger voor het ontstaan van decubitus (Jonkers, 2016).

Een gezond volwassene heeft ongeveer 0,8 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht per dag nodig. Bij een zorgvrager met wonden is de behoefte 1,5 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht. Dat is bijna twee keer zoveel eiwit als normaal (Demling, 2009). Dierlijke eiwitten hebben de voorkeur boven plantaardige eiwitten, omdat deze beter opneembaar zijn. Aanbevolen wordt om vlees, vis, eieren, kaas en melkproducten te gebruiken (Jonkers, 2016).

**Koolhydraten**

Het wondgenezingsproces kost veel energie, waar onder andere koolhydraten het lichaam van voorzien (Wild, Rahbarnia, Kellner, Sobotka, & Eberlein, 2010). Koolhydraten ondersteunen de functie van leukocyten en macrofagen (Jonkers, 2016).

Gewoonlijk is de energiebehoefte van een gezond volwassene ongeveer 25 kcal per kilogram lichaamsgewicht per dag. Voor ouderen bedraagt dit ongeveer 20 kcal per kilogram lichaamsgewicht. Wanneer er sprake is van een wond, heeft een zorgvrager een energiebehoefte van 30 tot 50% hoger (Demling, 2009). Aanbevolen wordt om volkorenbrood, aardappelen, (volkoren) pasta, fruit of muesli te consumeren (Jonkers, 2016).

**Vetten**

Vetzuren zijn belangrijke componenten van celmembranen en bevorderen het ontstekingsproces. Uit onderzoek blijkt dat lokale toepassing hiervan de wondgenezing verbetert, maar suppletie daarentegen de kans op ontstekingen verhoogt (Wild, Rahbarnia, Kellner, Sobotka, & Eberlein, 2010).

Vetten zijn van belang voor de totale energie-inname en bevorderen de aanvoer van vetoplosbare vitaminen (A, D, E, K). Daarnaast werken Omega 3-vetzuren uit vis en lijnzaad mogelijk ontstekingsremmend. Vetten kunnen gehaald worden uit olijfolie, boter, lijnzaadolie, zonnebloemolie, kokosolie en vette vis, zoals zalm, makreel of haring (Jonkers, 2016).

**Vitaminen en mineralen**

Vitaminen en mineralen worden beiden versneld gebruikt na verwondingen, wat leidt tot tekortkomingen. De hoeveelheid van de benodigde verschillende vitaminen en mineralen bij verwondingen is onbekend, maar aanbevolen wordt om 5 tot 10 maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid tot zich te nemen om tekorten te voorkomen. Dit is van belang tot de wond is genezen (Demling, 2009). Uit de Europese richtlijn over voeding en decubitus uit 2004 blijkt dat dit minimaal 30 tot 35 kcal per kilogram lichaamsgewicht per dag bedraagt (Schols, Meijers, Clark, & Halfens, 2007).

**Vocht**

Om afbraakstoffen van weefselbeschadiging uit het lichaam te verwijderen en nieuwe aanvoer van voedingsstoffen te waarborgen, is voldoende vocht nodig. Daarnaast gaat veel vocht verloren door het wondvocht zelf. Het vochtgehalte van de wond heeft te maken met het aantal en soms ook type bacteriën en niet met hoeveel de zorgvrager drinkt. Voldoende drinken compenseert dit vochtverlies en zorgt ervoor dat het lichaam in een goede conditie is, wat de wondgenezing bevordert. Aanbevolen wordt om minimaal twee liter vocht per dag te consumeren (Jonkers, 2016).

Genoemde aanbevelingen over de dagelijkse hoeveelheid voedingsstoffen zijn slechts aanbevelingen. Per individuele zorgvrager moet de exacte behoefte aan de genoemde voedingsstoffen door een diëtist worden vastgesteld op basis van eventuele onderliggende ziekten, de mate van activiteit, het klinisch beeld van de zorgvrager en de soort wond (Jonkers, 2016).

## 1.6 Gezondheidsvoorlichting door de verpleegkundige

Gezondheidsbevordering is gericht op de leefstijl en het gedrag van de zorgvrager. Het heeft als doel de gezondheid te bevorderen en gezondheidsschade te voorkomen of beperken. Dit kan de verpleegkundige beogen door allerlei preventieve interventies toe te passen, waarmee positieve invloeden op gezondheid worden gestimuleerd en negatieve invloeden zo veel mogelijk worden beperkt. Gezondheidsbevordering wordt toegepast door gezondheidsvoorlichting te geven (Sassen, 2014, p. 106). Dit bestaat uit systematische en planmatige pogingen om het gedrag en de leefstijl van de zorgvrager doelgericht te veranderen. Attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit staan hierbij centraal. De zorgvrager wordt gemotiveerd tot gezond gedag wat leidt tot een verbetering van de gezondheidssituatie. Door de gezondheidsvoorlichting op de individuele zorgvrager te focussen en de zorgvrager aan te moedigen tot gezonde eigen keuzes, wordt de effectiviteit hiervan verhoogd (Sassen, 2014, p. 144).

Sassen (2014) onderscheidt twee grondvormen van gezondheidsvoorlichting; intentionele en faciliterende gezondheidsvoorlichting. Bij intentionele voorlichting wordt ongunstig gedrag dat de gezondheid schaadt veranderd in een leefstijl die de gezondheid ondersteunt. Faciliterende voorlichting heeft als doel kennisoverdracht of kennisvermeerdering bij de zorgvrager. Het geven van gezondheidsvoorlichting aan de zorgvrager met een gecompliceerde wond valt onder intentionele voorlichting; het gedrag en de leefstijl van de zorgvrager wordt beïnvloed.

De verpleegkundige speelt een grote rol in het veranderen van het gedrag en de leefstijl van de zorgvrager. Veel voorkomende belangrijke gezondheidsproblemen houden verband met het gedrag en de leefstijl. Door dit op een gunstige manier te beïnvloeden, kunnen gezondheidsproblemen worden voorkomen of worden beperkt (Sassen, 2014, p. 143).

Voor een zorgvrager met gecompliceerde wonden kan het noodzakelijk zijn om een gedragsverandering binnen de voedingsgewoonten te bereiken.

Het gedrag en de leefstijl van de zorgvrager kan beïnvloed worden door verschillende preventieve vormen van gezondheidsvoorlichting te geven. Onder preventie wordt het tijdig ingrijpen verstaan, met als doel het bevorderen van de gezondheid en het beschermen van de zorgvrager. Er wordt doelbewust gehandeld om schade te voorkomen of uitbreiding van bestaande schade te beperken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015).

Er zijn verschillende vormen van preventie te onderscheiden; universele, primaire preventie, selectieve, geïndiceerde, secundaire preventie en zorggerelateerde, tertiaire preventie. Universele, primaire preventie omvat het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag bij het individu, met als doel het voorkomen van aandoeningen en ziekten. Bij selectieve, geïndiceerde, secundaire preventie staat het opsporen envroegtijdig behandelen van ziekten en aandoeningen, bij het deel van de bevolking met risicofactoren of symptomen, centraal. En tenslotte bij zorggerelateerde, tertiaire preventie wordt de gezondheidssituatie van de zorgvrager bij een ziekte of aandoening geoptimaliseerd (Sassen, 2014, pp. 88-94).

## 1.7 Mondelinge en schriftelijke gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting kan op verschillende manieren gegeven worden; zowel mondeling als schriftelijk. Zorgvragers herinneren zich 10% van wat zij lezen (schriftelijke voorlichting), 20% van mondelinge communicatie, 35% van wat zij zien, 55% als horen en zien gecombineerd wordt en 80% als zij zelf de informatie herhalen wat verteld is. Door meerdere zintuigen tegelijk te prikkelen, heeft de voorlichting het meeste effect. Daarnaast blijkt dat als de zorgvrager de informatie in eigen woorden herhaalt én het geleerde tegelijkertijd demonstreert dat zij 90% van de voorlichting onthouden (Waldmann, 2008).

Bij mondelinge communicatie wordt wat de verpleegkundige als eerste of als laatste verteld aan de zorgvrager het beste onthouden. De belangrijkste aspecten dienen als eerst genoemd te worden en aan het einde van het gesprek kan de kern van de leefstijl- of gezondheidsadviezen worden herhaald. Als de informatie schokkend is voor de zorgvrager, neemt hij hierna geen informatie meer in zich op. Wanneer dan wordt doorgegaan met de voorlichting, zal de zorgvrager dit achteraf als een gebrek aan informatie ervaren. Dit roept negatieve gevoelens op, zoals onzekerheid en angst (Sassen, 2014, pp. 232-233).

Bevorderlijk voor het effect van de voorlichting is het schriftelijk meegeven van de belangrijkste informatie aan de zorgvrager. Op deze manier kan de zorgvrager de informatie nalezen en tot zich door laten dringen op een moment dat hij daarvoor in de stemming is. Tevens kan de informatie minder gemakkelijk een eigen leven gaan leiden in gesprek met familie en kennissen. Dit betekent ook dat het voor de rechtspositie van de zorgvrager als die van de hulpverlener bewijsrechtelijk beter hanteerbaar is. Door tekst en instructieve tekeningen te gebruiken, wordt de kennisoverdracht versterkt en kan de informatie later gemakkelijker worden geëvalueerd (Waldmann, 2008). Schriftelijke informatie kan een aanvulling op de mondelinge communicatie vormen en het herinneren en begrijpen bevorderen. Echter mag dit de mondelinge communicatie nooit vervangen. Het overmatig gebruik maken van schriftelijke voorlichting heeft een averechts effect (Sassen, 2014, pp. 232-233).

## 1.8 Het model van gedragsverandering door voorlichting

Het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok (1986) geeft weer welke fasen moeten worden doorlopen om met een verpleegkundige interventie gedragsverandering en gedragsbehoud bij de zorgvrager te bereiken. Het model bestaat uit de volgende fasen: contact leggen met de zorgvrager, gedragsdeterminanten veranderen, gedragsverandering, gedragsbehoud en bevorderen van zelfmanagement. In dit model wordt rekening gehouden met de gedragsdeterminanten attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit, wat voortkomt uit het ASE-model (Attitude - Sociale invloed – Eigen-effectiviteit). Het ASE-model is een waardeverwachtingsmodel dat zicht geeft op de achterliggende redenen van het gedrag van een zorgvrager. Het model geeft weer waar de knelpunten voor gedragsverandering precies zitten, waardoor inzichtelijk wordt waar een zorgvrager behoefte aan heeft (Sassen, 2014, pp. 160, 183).

Allereerst wordt contact gelegd met de zorgvrager. Daarbij moet stil worden gestaan bij het feit dat de zorgvrager in het algemeen het individuele risico op een bepaald gezondheidsprobleem onderschatten. De methode van risicoperceptie wordt hierbij toegepast om zo de zorgvrager inzicht te laten krijgen in de relatie tussen het gezondheidsprobleem en het gewenste gedrag. Het individuele risico dat de zorgvrager loopt wordt benadrukt. Het blijkt effectief te zijn de zorgvrager zelf te laten nadenken over de relatie tussen zijn leefstijl en het gezondheidsprobleem (Sassen, 2014, pp. 183-184).

In de tweede fase gaat het om verandering van gedragsdeterminanten: attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit. Om attitudeverandering te bereiken, is het noodzakelijk dat de zorgvrager zich een kritische voorstelling van het gewenste gedrag probeert te maken en het gedrag evalueert (kijkend naar de voor- en nadelen, zowel op de lange als de korte termijn). De persoonlijke voordelen moeten opwegen tegen de persoonlijke nadelen (Sassen, 2014, pp. 184-187).

Voor het omgaan met de sociale invloed, is het noodzakelijk dat de sociale invloed zichtbaar wordt gemaakt en de zorgvrager leert om te gaan met de druk die anderen op hem uitoefenen. Het is van belang dat de zorgvrager zich gesteund voelt in het uitvoeren van het gewenste gedrag en zich niet laat weerhouden door negatieve invloeden. Naast het leren omgaan met de sociale druk is het op zoek gaan naar sociale steun effectief (Sassen, 2014, pp. 187-188).

Bij de eigen-effectiviteit gaat het om de inschatting die de zorgvrager maakt van zijn mogelijkheden om bepaald gedrag te vertonen onder specifieke omstandigheden. Daarbij is het belangrijk dat de zorgvrager de benodigde praktische vaardigheden aanleert om het gewenste gedrag uit te kunnen voeren en vol te kunnen houden (Sassen, 2014, pp. 189-191).

In de derde fase gedragsverandering wordt er een planning gemaakt omtrent het gewenste gedrag. De overgang van intentie naar de gedragsverandering kan hierbij door de verpleegkundige worden bevorderd door het geven van positieve feedback. Feedback maakt de zorgvrager ook bewust van de gezonde effecten van het gedrag (Sassen, 2014, pp. 191-193).

In de vierde fase wordt de gedragsverandering gestabiliseerd in gedragsbehoud en wordt het zelfmanagement van de zorgvrager bevorderd. Dit houdt in dat het gewenste gedrag op de lange termijn wordt behouden. De zorgvrager is in staat om hoogrisicosituaties te herkennen en leert hiermee omgaan om het zelfmanagement te verbeteren. Bij de methode van coping planning (het plannen van reacties) bedenkt de zorgvrager zelf de juiste coping response (reactie) bij hoogrisicosituaties, waardoor hij meer grip op het proces van gedragsverandering krijgt.

Als de zorgvrager zelf een expliciet plan opstelt, is de kans groter dat het gewenste gedrag wordt uitgevoerd. Met coping planning beoogd de verpleegkundige dat terugval in het oude, ongewenste gedrag wordt voorkomen (Sassen, 2014, pp. 183-194).

Twinomujuni, Nuwaha, & Babirye (2015) hebben in Uganda onderzoek gedaan naar factoren die samenhangen met de intentie van vrouwen om zich te laten screenen op baarmoederhalskanker. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van het ASE-model. Meer dan de helft (68,3%) van de respondenten zeiden dat zij dachten een risico te lopen op het krijgen van baarmoederhalskanker. Van deze vrouwen gaf 76,1% aan van plan te zijn om zich te laten screenen in vergelijking met 34,8% die zichzelf niet als risicovol beschouwden. Hieruit kwam naar voren dat risicoperceptie is erg belangrijk is bij de zorgvrager om de attitude te veranderen. Daarnaast was er sprake van een sociale invloed; de vrouwen waren op zoek naar sociale steun. Ongeveer een derde (28,1%) meldde dat zij anderen zouden raadplegen voordat ze besloten om zich te laten screenen op baarmoederhalskanker. Van deze groep vrouwen gaf 80,4% zich vervolgens te laten screenen. Hieruit blijkt dat sociale steun van groot belang was.

## 1.9 Samenvatting

Er bestaan acute en gecompliceerde wonden. Acute wonden ontstaan plotseling en zijn van korte duur. Onder normale omstandigheden kunnen deze wonden probleemloos genezen. Echter kan een acute wond overgaan in een gecompliceerde wond waarbij het wondgenezingsproces wordt verstoord en vertraagd. Het wondgenezingsproces bestaat uit vier fases: de hemostase, inflammatie, proliferatie en hermodellering. Deze fases moeten in de juiste volgorde en zonder onderbreking worden doorlopen voor een normaal verloop van het wondgenezingsproces.

Voeding speelt een belangrijke rol in alle fases van het wondgenezingsproces. Bij de aanwezigheid van wonden, heeft de zorgvrager een verhoogde energiebehoefte en een verminderde intake. Met een goede voedingstoestand, kan de wondbehandelingsduur worden verkort.

De verpleegkundige heeft een grote rol in het veranderen van het gedrag en de leefstijl van een zorgvrager. Dit kan noodzakelijk zijn bij het voedingspatroon van een zorgvrager die een gecompliceerde wond heeft. Het beïnvloeden van het gedrag en de leefstijl van een zorgvrager is mogelijk door gezondheidsvoorlichting te geven. Dit kan volgens verschillende preventievormen toe te passen, namelijk: universele, primaire preventie, selectieve, geïndiceerde, secundaire preventie en zorggerelateerde, tertiaire preventie. Het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok kan hierbij als ondersteuning ingezet worden. Het model geeft aan welke fasen moeten worden doorlopen om met een verpleegkundige interventie gedragsverandering en gedragsbehoud bij de zorgvrager te bereiken. De fasen bijhorend bij dit model zijn contact leggen met de zorgvrager, gedragsdeterminanten veranderen, gedragsverandering, gedragsbehoud en bevorderen van zelfmanagement. In dit model komen tevens de gedragsdeterminanten attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit uit het ASE-model aan bod.

# Hoofdstuk 2: Methoden

In dit hoofdstuk worden de verschillende aspecten van de onderzoeksopzet beschreven. Allereerst wordt het onderzoekstype en het onderzoeksontwerp toegelicht, waarop de onderzoekspopulatie en de plaats en tijd van het onderzoek volgt. Daarna wordt de wijze van gegevensverzameling, gegevensverwerking en analyse gedetailleerd beschreven. Tenslotte wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gewaarborgd en zijn de juridische en ethische aspecten benoemd.

## 2.1 Onderzoekstype en ontwerp

Het onderzoek is kwantitatief van aard. De onderzoeksvraag is hier leidend voor. Met dit onderzoekstype kan een grote groep verpleegkundigen worden bereikt. Daardoor kan een representatief antwoord op de onderzoeksvraag worden gegeven. Het onderzoeksontwerp bestaat uit een surveyonderzoek, waarbij enquêtes worden uitgezet. Dit is een gestructureerde dataverzamelingsmethode waarbij de onderzoeksvraag vooraf is vastgesteld. De respondenten kunnen een beperkt aantal antwoordmogelijkheden geven bij de vragen. Er is gekozen voor dit ontwerp, omdat er bij dit onderzoek wordt gestreefd naar het verzamelen van numerieke gegevens over meningen, houdingen en kennis bij een grote groep personen. Er zijn verschillende vormen van surveyonderzoek, waarbij de wijze van het afnemen van de enquêtes verschilt. Bij dit onderzoek is gekozen voor de vorm van internet-enquêtes (Verhoeven N. , 2014, pp. 122-127).

## 2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekpopulatie bestaat uit verpleegkundigen werkzaam bij de organisaties waaruit de samenwerking Wondzorg Zeeland bestaat. Dit betreft Iriz Thuiszorg, Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland, Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, Stichting Zorgcentrum Cederhof en Quality Zorg. Onder verpleegkundigen wordt verstaan: gediplomeerde mbo-verpleegkundigen, gediplomeerde bachelor-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Het aantal verpleegkundigen dat werkzaam is per organisatie is weergegeven in tabel 3. Gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke respons, aangezien dit de representativiteit van het onderzoek verhoogt.

Tabel 3: Onderzoekspopulatie

|  |  |
| --- | --- |
| Organisatie | Aantal verpleegkundigen |
| Iriz Thuiszorg | 8 verpleegkundigen |
| Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland | 4 verpleegkundigen |
| Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland | 8 verpleegkundigen |
| Stichting Zorgcentrum Cederhof | 13 verpleegkundigen |
| QualityZorg | 30 verpleegkundigen |
| Totaal aantal: | **63 verpleegkundigen** |

## 2.3 Plaats en tijd

Het onderzoek vond plaats in de periode van september 2017 tot en met juni 2018. Vóór 29 januari 2018 werden voorbereidingen getroffen voor het onderzoek. Deze voorbereidingen bestonden uit fase 1A en fase 1B. Vervolgens kon het onderzoek uitgevoerd en de data geanalyseerd worden in de stageperiode van 29 januari 2018 tot en met 27 mei 2018. In dit tijdsbestek werden de enquêtes uitgezet binnen de organisaties waarmee Wondzorg Zeeland samenwerkt, namelijk: Stichting Zorgcentrum Cederhof, Iriz Thuiszorg, Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland en Quality Zorg. Het onderzoeksverslag is gemaakt in de thuissituatie van de onderzoeker.

## 2.4 Dataverzameling

Tijdens een bijeenkomst van Wondzorg Zeeland werd het onderzoek geïntroduceerd bij de verpleegkundigen. Vervolgens werd een uitnodigende mail opgesteld en samen met een internetlink naar de enquête verstuurd. Beschreven is dat deelname aan het onderzoek een bijdrage levert aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. Na één week is een herinneringsmail verstuurd met als doel de verpleegkundigen nogmaals te motiveren om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast werd aangekondigd dat de twee organisaties met de hoogste respons een verrassing zouden ontvangen.

De verpleegkundigen kregen twee weken de tijd om de enquête in te vullen. Om de respons te verhogen is meerdere malen een bezoek gebracht aan de verschillende organisaties. Op deze manier werd het onderzoek onder de aandacht gebracht en werd geïnventariseerd of de verpleegkundigen de enquête al hadden ingevuld. Toen het termijn van twee weken verstreken was, hadden 32 van de 63 verpleegkundigen de enquête ingevuld. Om nogmaals een poging te doen om de respons te verhogen, is een mail verstuurd naar de vijf organisaties met de vraag om de enquête in te vullen. De sluitingsdatum van de enquête werd met een week verlengd. De respons bestond toen uit 33 verpleegkundigen. Vervolgens werd via de mail medegedeeld door de contactpersoon van QualityZorg dat hij de twee herinneringsmails niet had doorgestuurd. Afgesproken werd dat de verpleegkundigen nog één week de gelegenheid kregen om de enquête in te vullen. In totaal hadden de verpleegkundigen vier weken de tijd om de enquête in te vullen.

### 2.4.1 Instrument

De enquête die gebruikt werd, is een niet-gevalideerd meetintrument en met behulp van een operationalisatieproces opgesteld. Dit proces is weergegeven in tabel 4, waarin de enquêtevragen aan de hand van bronnen worden verantwoord. Het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok is hierbij de leidraad geweest. Gekozen is voor dit voorlichtingsmodel, omdat het als doel een gedragsverandering heeft (Sassen, 2014, p. 183). Bij een zorgvrager met wonden is het namelijk van belang voor de wondgenezing dat, indien nodig, een gedragsverandering wordt doorgemaakt op het gebied van voeding (Jonkers, 2016). De volledige enquête vindt u in bijlage I: Enquête.

Tabel 4: Verantwoording enquêtevragen

|  |  |
| --- | --- |
| Vragen | Bronnen |
|  | **Algemene vragen** |
| 5 t/m 8 | Gezondheidsbevordering wordt toegepast door gezondheidsvoorlichting te geven (Sassen, 2014, p. 106). Door meerdere zintuigen tegelijk te prikkelen, heeft de voorlichting het meeste effect (Waldmann, 2008). Door de zorgvrager preventief te motiveren tot gezond gedrag, wordt de gezondheidssituatie verbeterd en de kans op het ontstaan of verergeren van wonden verkleind (Jonkers, 2016).  In alle fasen van het wondgenezingsproces zijn macronutriënten en micronutriënten noodzakelijk. Deze voedingsstoffen zorgen voor een goede en snelle wondgenezing (Jonkers, 2016). Daarnaast komen tekorten aan voedingsstoffen vaker voor bij zorgvragers met wonden. Dit veroorzaakt een vertraagde genezing (Brown & Philips, 2010). Ondervoeding verhoogt zelfs het risico op wonden (Jonkers, 2016). |
| 9 | Deze vraag wordt gesteld om te achterhalen of de verpleegkundige bekend is met het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok. |
|  | **Voedingsadviezen** |
| 10 t/m 16 | Dierlijke eiwitten hebben de voorkeur boven plantaardige eiwitten, omdat deze beter opneembaar zijn. Aanbevolen wordt om vlees, vis, eieren, kaas en melkproducten te gebruiken (Jonkers, 2016). Bij zorgvragers met wonden is de behoefte aan eiwitten bijna twee keer zoveel als bij een gezond volwassene (Demling, 2009).  Wanneer er sprake is van een wond, heeft een zorgvrager een energiebehoefte van 30 tot 50% hoger (Demling, 2009). Aanbevolen wordt om koolhydraatrijke producten te consumeren, zoals volkorenbrood, aardappelen, (volkoren) pasta, fruit of muesli (Jonkers, 2016).  Uit onderzoek blijkt dat lokale toepassing van vetzuren de wondgenezing verbetert, maar suppletie daarentegen de kans op ontstekingen verhoogt (Wild, Rahbarnia, Kellner, Sobotka, & Eberlein, 2010). Vetten kunnen gehaald worden uit olijfolie, boter, lijnzaadolie, zonnebloemolie, kokosolie en vette vis, zoals zalm, makreel of haring (Jonkers, 2016).  De hoeveelheid van de benodigde verschillende vitaminen en mineralen bij verwondingen is onbekend, maar aanbevolen wordt om 5 tot 10 maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid tot zich te nemen om tekorten te voorkomen (Demling, 2009).  Aanbevolen wordt om minimaal twee liter vocht per dag te consumeren. Per individuele zorgvrager moet de exacte behoefte aan de genoemde voedingsstoffen door een diëtist worden vastgesteld op basis van eventuele onderliggende ziekten, de mate van activiteit, het klinisch beeld van de zorgvrager en de soort wond (Jonkers, 2016). |
|  | **Contact maken** |
| 17 t/m 20 | Methode: Risk perception.  Het is belangrijk om het individuele risico dat de zorgvrager loopt te benadrukken en hen hierbij te laten stilstaan. Daarnaast moet de zorgvrager inzicht krijgen in de relatie tussen het gezondheidsprobleem en het gewenste gedrag. Het is belangrijk aan te sluiten bij al bestaande kennis. Ook blijkt het effectief te zijn als de zorgvrager wordt uitgenodigd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem (Sassen, 2014, p. 183). |
|  | **Verandering van gedragsdeterminanten** |
| 21 t/m 24 | Attitude  Het is noodzakelijk dat de zorgvrager zich een kritische voorstelling van het gewenste gedrag probeert te maken. Het is noodzakelijk het gedrag van de zorgvrager te evalueren in termen van voordelen en nadelen, op zowel de lange als korte termijn (methode: decisional balance). De overtuigingskracht wordt vergroot door samen met de zorgvrager op zoek te gaan naar wat voor hem een positieve en belangrijke opbrengst zou zijn van de gewenste gedragsverandering. De interventie kan pas effectief zijn als het gewenste gedrag een beloning voor de zorgvrager met zich meebrengt (Sassen, 2014, pp. 184-186). |
| 25 t/m 27 | Sociale invloed  Methode: resistance to social pressure en mobilizing others for social support.  Het is noodzakelijk dat de zorgvrager leert omgaan met de druk die anderen op hem uitoefenen. Dit begint bij het zichtbaar maken van de verwachtingen van de sociale omgeving. Een goed uitgangspunt voor verpleegkundigen is om de zorgvrager hier weerbaar voor te maken. Daarnaast is het zoeken naar sociale steun effectief (Sassen, 2014, pp. 187-188). |
| 28 en 29 | Eigen-effectiviteit  Het is belangrijk dat de zorgvrager de benodigde vaardigheden aanleert en dat de eigen-effectiviteit of de controle over het gedrag toereikend is. Een strategie die verpleegkundigen kunnen hanteren is het opsplitsen van de complexe taak die aangeleerd moet worden in een aantal gemakkelijk te hanteren onderdelen (Sassen, 2014, pp. 189-190). |
|  | **Planning gewenst gedrag** |
| 30 t/m 32 | Methode: action planning.  Door het maken van een concreet plan om een positieve intentie om te gaan zetten in gedrag is de kans groter dat de zorgvrager deze doelen ook werkelijk zal behalen én het gewenste gedrag gaat uitvoeren. Deze doelen moeten uitdagend maar absoluut haalbaar worden gehouden. Het hierbij geven van positieve feedback kan de overgang van intentie naar gedragsverandering bevorderen. De feedback dient stimulerend te zijn, om zo de gewenste gedragsverandering vol te houden (Sassen, 2014, p. 192). |
|  | **Stabilisatie** |
| 33 t/m 35 | Methode: coping planning.  Om tot een stabilisering van de gedragsverandering te komen en deze gedragsverandering ook op de lange termijn vol te houden, moet de zorgvrager hoog risico situaties herkennen en ermee leren omgaan. Als de zorgvrager zelf een expliciet plan formuleert voor de belangrijkste hoog risico situaties, krijgt hij zelf meer grip op het proces van gedragsverandering. Ook moet expliciet aandacht worden besteed aan het voorbereiden op (het omzeilen van) terugval (Sassen, 2014, pp. 193-194). |

## 2.5 Dataverwerking en analyse

De gegevens verkregen vanuit de internet-enquêtes zijn verwerkt in Statistical Package for the Social Sciences, Statistics, versie 24.0 (SPSS). Gekozen is voor dit softwareprogramma omdat er kwantitatieve analyses mee kunnen worden uitgevoerd (Verhoeven N. , 2014, p. 261).

Vóór zondag 11 februari 2018 werd ter voorbereiding het codeboek gemaakt in SPSS. In het codeboek zijn gemeten kenmerken omgezet naar gecategoriseerde variabelen die bij de analyse gebruikt werden. Zodra de enquêtes waren verzameld, zijn deze verwerkt in SPSS. Ontbrekende antwoorden werden in SPSS aangeduid met ‘999’. De enquêtes die meer dan twee ontbrekende antwoorden bevatten, zijn niet meegenomen in de gegevensanalyse. Dit om te voorkomen dat de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek werd aangetast. Vervolgens heeft een medestudent gecontroleerd of de gegevens correct zijn ingevoerd. Dit werd gedaan om typfouten te voorkomen. Na uitvoering van deze controle, werden de gegevens geanalyseerd. De gegevensanalyse bestond uit het maken van tabellen en cirkeldiagrammen, waarmee de antwoorden op de enquêtevragen inzichtelijk konden worden weergegeven.

## 2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij de begrippen betrouwbaarheid en validiteit gaat het om het voorkomen van twee soorten fouten in het onderzoek; toevallige en systematische fouten.

Voor de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten werd nagegaan in welke mate het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Voorbeelden van toevallige fouten zijn typfouten en het verkeerd interpreteren van een vraag, waardoor een verkeerd antwoord wordt gegeven. Het onderzoek is betrouwbaar wanneer het bij herhaling zowel onder andere omstandigheden als in een andere periode leidt tot dezelfde resultaten. Door de wijze van verslaglegging werd de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot (Verhoeven N. , 2014, pp. 205-207). Het gehele zoekproces is vastgelegd in een zoekboom en de opgestelde enquête is verantwoord aan de hand van literatuur.

Daarnaast werd de betrouwbaarheid verhoogd door de privacy van de respondenten te waarborgen door persoonlijke gegevens niet te publiceren. Hierdoor werd voorkomen dat respondenten sociaal-wenselijke antwoorden zouden geven. Daarnaast bestaat ook de kans op het verkeerd interpreteren van een vraag, waardoor een verkeerd antwoord wordt gegeven. Om dit te voorkomen werd gebruik gemaakt van ‘peer examination’. Een proefenquête werd uitgezet onder drie medestudenten en een verpleegkundig specialist van Wondzorg Zeeland. Gekeken werd of de enquête onduidelijkheden bevatte. Daarnaast werd gekeken of met de opgestelde vragen antwoorden werden verkregen, waarmee uiteindelijk de onderzoeksvraag kon worden beantwoord. Tevens is berekend hoeveel tijd er nodig geacht werd om de enquête in te vullen.

Bij het waarborgen van de validiteit van het onderzoek, wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten. Om de interne validiteit, het in staat zijn om de juiste conclusies te trekken, te waarborgen, vond een randomisatie bij de selectie van de verpleegkundigen plaats. Iedere verpleegkundige kon namelijk de enquête invullen, mits voldaan werd aan de inclusiecriteria beschreven in 2.2 Onderzoekspopulatie. Daarnaast stond de tijdsperiode waarin de verpleegkundigen de enquêtes konden invullen, vast. Dit was een korte periode van vier weken, waardoor weinig ruimte voor verandering plaatsvond. Tevens werd na het uitzetten van de enquête, deze niet meer aangepast om vertekening van de resultaten te voorkomen.

Daarnaast is de externe validiteit gewaarborgd. Deze vorm van validiteit staat voor de mate waarin de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie. Het waarborgen hiervan werd gedaan door te streven naar een zo hoog mogelijke respons. Op deze manier zijn de uitkomsten van het onderzoek representatief en generaliseerbaar naar de desbetreffende organisaties.

Tenslotte is rekening gehouden met de begripsvaliditeit. Om te voorkomen dat begrippen in de enquête door de verpleegkundigen verschillend werden geïnterpreteerd, is bij verschillende vragencategorieën vooraf een toelichting gegeven (Verhoeven N. , 2014, pp. 208-210).

In de opgestelde enquête in bijlage I is voor de vragen over het model van Kok gebruik gemaakt van een vierpunts-Likertschaal. De respondenten konden in oplopende graad antwoord geven op de enquêtevragen. Gekozen is voor een vierpuntsschaal om het risico te voorkomen dat de respondenten een middelste, neutraal antwoord interpreteren als ‘ik weet het niet’ of ‘geen mening’ (Verhoeven N. , 2014, pp. 184-187).

## 2.7 Juridische en ethische aspecten

Om toestemming te verkrijgen van de stageplaats en de organisaties waarmee wordt samengewerkt, is het startdocument (fase 1a) van het onderzoek verstuurd naar Wondzorg Zeeland. Hiermee werd de stagegever geïnformeerd over het onderwerp en de inhoud van het onderzoek. Na het inzien van dit document, is goedkeuring gegeven voor de uitvoering van het onderzoek binnen de organisatie en de organisaties waarmee Wondzorg Zeeland samenwerkt. Daarnaast werd fase 1b, na goedkeuring van de eerste en tweede beoordelaar van de HZ University of Applied Sciences, opgestuurd naar Wondzorg Zeeland en is na goedkeuring een schriftelijke toestemming verkregen. De schriftelijke toestemming vindt u in bijlage II: Toestemmingsverklaring.

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit verpleegkundigen, waardoor geen toestemming aan de ethische commissie gevraagd dient te worden. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Bij de uitvoering van het onderzoek blijven de verpleegkundigen anoniem en in juni 2018 zullen de verzamelde gegevens worden vernietigd.

De betrokken stakeholders bij dit onderzoek zijn Wondzorg Zeeland en de vijf organisaties waarmee wordt samengewerkt. De contactgegevens van de stakeholders zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Stakeholders

|  |  |
| --- | --- |
| Organisatie | Contact |
| Wondzorg Zeeland | info@wondzorgzeeland.nl |
| Stichting Zorgcentrum Cederhof | info@cederhof.eu |
| Iriz Thuiszorg | info@Iriz.org |
| Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland | info@cleijenborch.nl |
| Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland | wvpk@eilandzorg.com |
| Quality Zorg | info@qualityzorg.nl |

## 2.8 Wijze van rapportage

Het onderzoeksverslag is ontworpen in Microsoft Office Word 2016, waarin de bronnen conform APA-richtlijnen zijn genoteerd. Het onderzoeksverslag is op 28 mei 2018 ingeleverd als PDF-bestand in de documentenbalie van de HZ University of Applied Sciences. Tevens zijn twee ingebonden exemplaren voor de eerste en tweede beoordelaar ingeleverd bij het Academiebureau van de Academie van Zorg en Welzijn, kamer V112.

Wondzorg Zeeland ontvangt het onderzoeksverslag als PDF-bestand. De vijf organisaties (Stichting Zorgcentrum Cederhof, Iriz Thuiszorg, Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland en Quality Zorg) die medewerking hebben verleend aan het onderzoek, zijn op de hoogte gesteld van de resultaten.

Tenslotte wordt in juni 2018 de eindpresentatie van het afstudeeronderzoek gegeven aan de eerste en tweede beoordelaar en een praktijkdeskundige op de HZ University of Applied Sciences.

# Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de verkregen data verwerkt in Statistical Package for the Social Sciences, Statistics, versie 24.0 (SPSS), met behulp van tabellen en grafieken. Het databestand en codeboek vindt u in bijlage III. Allereerst wordt de verkregen respons beschreven waarop de kenmerken van de respondenten volgen. Vervolgens worden de algemene enquêtevragen over het geven van voorlichting uitgewerkt. Daarna volgt de uitwerking van de vragen over het geven van voedingsadviezen en het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok.

## 3.1 Respons

In totaal hebben 40 verpleegkundigen de enquête ingevuld. Dit geeft een respons van 63%. Aangezien per organisatie de onderzoekspopulatie uit een verschillend aantal verpleegkundigen bestond, is de respons uitgezet in tabel 7.

Tabel 7: Respons per organisatie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisatie | Verpleegkundigen werkzaam per organisatie | n | Percentages (%) |
| Iriz Thuiszorg | 8 | 7 | 88 |
| Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland | 4 | 4 | 100 |
| Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland | 8 | 2 | 25 |
| Stichting Zorgcentrum Cederhof | 13 | 3 | 23 |
| Quality Zorg | 30 | 24 | 80 |
| Totaal | **63** | **40** | **63** |

## 3.2 Respondentkenmerken

Om de kenmerken van de respondenten overzichtelijk in kaart te brengen, zijn deze gegevens in tabel 8 verwerkt. Er zijn 38 (95%) van het vrouwelijke geslacht. De helft van de respondenten (50%) zit in de leeftijdscategorie 25 tot en met 40 jaar.

Er zijn 24 respondenten (48%) werkzaam bij Quality Zorg, 7 (11%)bij Iriz Thuiszorg, 4 (6%) bij Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland, 3 (5%) bij Stichting Zorgcentrum Cederhof en 2 (3%) bij Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland. Er zijn 20 respondenten (50%) werkzaam als bachelor verpleegkundige, 16 (40%) als mbo verpleegkundige en 4 (10%) als verpleegkundig specialist.

Tabel 8: Respondentkenmerken

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Demografische gegevens | n | Percentage (%) |
| Geslacht |  |  |
| Man  Vrouw | 2  38 | 5  95 |
| Leeftijd |  |  |
| Jonger dan 25 jaar  25-40 jaar  41-65 jaar  Ouder dan 65 jaar | 2  20  18  0 | 5  50  45  0 |
| Organisatie |  |  |
| Iriz Thuiszorg  Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland  Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland  Stichting Zorgcentrum Cederhof  Quality Zorg | 7  4  2  3  24 | 18  10  5  8  60 |
| Functie |  |  |
| Mbo verpleegkundige  Bachelor verpleegkundige  Verpleegkundig specialist | 16  20  4 | 40  50  10 |

## 3.3 Voorlichting in het algemeen

Alle 40 respondenten (100%) geven aan voorlichting te geven aan zorgvragers met wonden, over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Er zijn 24 respondenten (60%) die standaard aan iedere zorgvrager met wonden voorlichting geven. De overige 16 respondenten (40%) gaven aan enkel voorlichting te geven wanneer zich problemen binnen de voedingspatronen voordoen.

Door de respondenten is 35 keer (47%) aangegeven dat de voorlichting wordt gegeven over de voedingstoffen waar een zorgvrager met wonden mogelijk een tekort aan heeft. Daarnaast is door de respondenten 27 keer (36%) aangegeven dat zij een algemeen voedingsadvies geven. Hierbij gaf één respondenten aan dit aan te vullen met het specifiek benoemen van eiwitten. De respondenten hebben aangegeven dat ze het vaakst gebruik maken van een mondelinge voorlichting (85%). De respondenten geven nooit voorlichting met audioapparatuur of een video. Dit is weergegeven in tabel 9.

Tabel 9: Inhoud en wijze van voorlichten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inhoud voorlichting | n | Percentage (%) |
| Algemene voedingsadviezen | 27 | 36 |
| Voedingsstoffen waar een zorgvrager mogelijk een tekort aan heeft | 35 | 47 |
| Het voorkomen van ondervoeding | 10 | 13 |
| Anders | 3 | 4 |
| Totaal | 75 | 100 |
| Wijze van voorlichten |  |  |
| Mondeling | 40 | 85 |
| Schriftelijk | 5 | 11 |
| Audio | 0 | 0 |
| Video | 0 | 0 |
| Anders | 2 | 4 |
| Totaal | 47 | 100 |

## 3.4 Voedingsadviezen

In tabel 10 is weergegeven welke adviezen worden gegeven aan zorgvragers met wonden rondom de consumptie van verschillende voedingsstoffen; eiwitten, koolhydraten, vetzuren, vitaminen en mineralen.

Er geven 29 (73%) respondenten aan dat zij zowel het consumeren van dierlijke als plantaardige eiwitten aanbevelen aan zorgvragers met wonden. Door 18 respondenten (45%) wordt bijna twee keer de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid eiwitten aanbevolen. Daarnaast gaven 7 respondenten (18%) aan hier geen aanbeveling over te doen.

Er worden geen aanbevelingen gedaan over de consumptie van koolhydraten door 22 respondenten (55%). Daarnaast geven 24 respondenten (60%) geen aanbevelingen over de consumptie van vetzuren. Rondom het consumeren van vitaminen en mineralen, wordt door 20 respondenten (50%) de normale aanbevolen dagelijkse hoeveelheid geadviseerd. Daarnaast geven 14 respondenten (35%) aan hier geen aanbeveling over te doen. Over de vochtinname wordt door 29 respondenten (73%) het advies gegeven om minimaal twee liter vocht per dag te consumeren. Ten slotte gaven 20 respondenten (50%) aan een diëtist in te schakelen om voedingsadvies op maat te geven aan zorgvragers met wonden.

Tabel 10: Voedingsadviezen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik beveel zorgvragers met wonden aan om: | n | Percentage (%) |
| Dierlijke eiwitten te consumeren | 6 | 15 |
| Plantaardige eiwitten te consumeren | 4 | 10 |
| Beiden | 29 | 73 |
| Geen van beiden | 1 | 3 |
| Ik beveel zorgvragers met wonden aan om .. maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid eiwitten te consumeren. |  |  |
| Eén (dezelfde hoeveelheid) | 4 | 10 |
| Bijna twee | 18 | 45 |
| Meer dan twee | 10 | 25 |
| Geen van allen | 7 | 18 |
| Niet ingevuld | 1 | 3 |
| Ik beveel zorgvragers met wonden aan om: |  |  |
| Volkorenbrood, aardappelen, volkorenpasta, fruit of muesli te consumeren. | 18 | 45 |
| Koolhydraatarm brood, courgettepasta, bloemkoolrijst, olijven of pecannoten te consumeren. | 0 | 0 |
| Geen van beiden | 22 | 55 |
| Ik beveel zorgvragers met wonden aan om: |  |  |
| Vetzuren te consumeren (olijfolie, boter, lijnzaadolie, zonnebloemolie, kokosolie en vette vis) | 13 | 33 |
| Suppletie van vetzuren te consumeren | 0 | 0 |
| Beiden | 3 | 8 |
| Geen van beiden | 24 | 60 |
| Ik beveel zorgvragers met wonden aan om .. maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid vitaminen en mineralen te consumeren. |  |  |
| 1 (dezelfde hoeveelheid) | 20 | 50 |
| 5 tot 10 | 6 | 15 |
| 11 tot 15 | 0 | 0 |
| Geen van allen | 14 | 35 |

## 3.5 Model van gedragsverandering

De enquêtevragen gericht op het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok zijn opgesplitst volgens de fases contact maken, verandering van gedragsdeterminanten, planning gewenst gedrag en stabilisatie. Er gaven 35 respondenten (88%) aan niet bekend te zijn met dit model.

### 3.5.1 Contact maken

Tijdens het contact maken met de zorgvrager wordt het individuele risico, voor de invloed van voeding op het wondgenezingsproces, door 21 respondenten (53%) vaak benadrukt. Dit is weergegeven in tabel 11. Daarnaast wordt de zorgvrager door 22 respondenten (55%) vaak gestimuleerd om inzicht te krijgen in de relatie tussen het gezondheidsprobleem (wonden) en het gewenste gezondheidsgedrag (aanpassen van de voeding). Het hierbij aansluiten van de informatie tijdens de voorlichting op de bestaande kennis van de zorgvrager over het gezondheidsprobleem, wordt door 26 respondenten (65%) vaak gedaan. Vervolgens wordt de zorgvrager door 28 respondenten (70%) soms uitgenodigd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem.

Tabel 11: Contact maken

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag | Nooit | % | Soms | % | Vaak | % | Altijd | % |
| Bij het contact maken met de zorgvrager benadruk ik zijn individuele risico voor de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. | 0 | 0 | 16 | 40 | 21 | 53 | 3 | 8 |
| Ik stimuleer de zorgvrager om inzicht te krijgen in de relatie tussen het gezondheidsprobleem (wonden) en het gewenste gezondheidsgedrag (aanpassen van de voeding). | 0 | 0 | 14 | 35 | 22 | 55 | 4 | 10 |
| Bij het contact maken met de zorgvrager sluit ik de informatie aan op de bestaande kennis van de zorgvrager over het gezondheidsprobleem. | 1 | 3 | 4 | 10 | 26 | 65 | 9 | 23 |
| De zorgvrager wordt uitgenodigd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem. | 0 | 0 | 28 | 70 | 9 | 23 | 3 | 8 |

### 3.5.2 Verandering van gedragsdeterminanten

De antwoorden van de respondenten over de verandering van de gedragsdeterminanten: attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit, zijn weergegeven in tabel 12.

**Attitude**

Er geven 22 respondenten (55%) aan de zorgvrager soms uit te nodigen om zich een kritische voorstelling van het gewenste gedrag te maken. Door 10 respondenten (25%) wordt aangegeven dat zij dit nooit doen. De voor- en nadelen van het huidige en/of gewenste gedrag, op zowel korte als lange termijn, worden door 24 respondenten (60%) soms besproken met de zorgvrager. Daarnaast wordt door 25 respondenten (63%) soms samen met de zorgvrager gezocht naar wat de positieve opbrengst zou zijn van de desbetreffende gewenste gedragsverandering. Het gewenste gedrag wordt vervolgens vaak beloond door 18 respondenten (45%).

**Sociale invloed**

De zorgvrager wordt door 25 respondenten (63%) ondersteund in het zichtbaar maken van de verwachtingen van de sociale omgeving. In het leren omgaan met de druk die anderen op de zorgvrager uitoefenen, bieden 27 respondenten (68%) soms ondersteuning. Daarnaast wordt door 22 respondenten (55%) soms ondersteuning geboden in het zoeken naar sociale steun binnen de omgeving van de zorgvrager.

**Eigen-effectiviteit**

Het samen met de zorgvrager nagaan welke praktische vaardigheden moeten worden aangeleerd, wordt door 26 respondenten (65%) soms gedaan. Deze vaardigheden worden vervolgens door 23 respondenten (58%) opgesplitst in een aantal gemakkelijk te hanteren deelvaardigheden. Door 11 respondenten (28%) wordt aangegeven dat zij dit nooit doen.

Tabel 12: Gedragsdeterminanten

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Attitude | Nooit | % | Soms | % | Vaak | % | Altijd | % |
| Ik nodig de zorgvrager uit om zich een kritische voorstelling van het gewenste gedrag te maken. | 10 | 25 | 22 | 55 | 8 | 20 | 0 | 0 |
| Ik bespreek met de zorgvrager de voor- en nadelen van het huidige en/of gewenste gedrag op zowel korte als lange termijn. | 1 | 3 | 24 | 60 | 15 | 38 | 0 | 0 |
| Ik zoek samen met de zorgvrager naar wat voor hem een positieve opbrengst zou zijn van de gewenste gedragsverandering. | 2 | 5 | 25 | 63 | 10 | 25 | 3 | 8 |
| Ik beloon het gewenste gedrag van de zorgvrager. | 1 | 3 | 14 | 35 | 18 | 45 | 7 | 18 |
| Sociale invloed |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ik ondersteun de zorgvrager in het zichtbaar maken van de verwachtingen van de sociale omgeving.\* | 9 | 23 | 25 | 63 | 4 | 10 | 1 | 3 |
| Ik ondersteun de zorgvrager in het leren omgaan met de druk die anderen (zijn omgeving) op hem uitoefenen. | 7 | 18 | 27 | 68 | 5 | 13 | 1 | 3 |
| Ik ondersteun de zorgvrager in het zoeken naar sociale steun binnen zijn omgeving. | 3 | 8 | 22 | 55 | 13 | 13 | 2 | 5 |
| Eigen-effectiviteit |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ik ga samen met de zorgvrager na welke praktische vaardigheden moeten worden aangeleerd om het gezondheidsgedrag uit te kunnen voeren en vol te kunnen houden. | 6 | 15 | 26 | 65 | 7 | 18 | 1 | 3 |
| De vaardigheden die moeten worden aangeleerd, splits ik samen met de zorgvrager op in een aantal gemakkelijk te hanteren deelvaardigheden. | 11 | 28 | 23 | 58 | 5 | 13 | 1 | 3 |

*\*1 respondent heeft deze vraag niet beantwoord.*

### 3.5.3 Planning gewenst gedrag

Door 18 respondenten (45%) wordt soms samen met de zorgvrager een concreet plan gemaakt voor de gedragsverandering. Aangegeven wordt door 16 respondenten (40%) dat zij dit nooit doen.

Vervolgens geven 14 respondenten (35%) aan de doelen in het actieplan soms uitdagend en absoluut haalbaar te houden. Door 12 respondenten (30%) wordt dit nooit gedaan. Ten slotte wordt door 19 respondenten (48%) vaak stimulerende, positieve feedback tijdens het proces van de gedragsverandering gegeven aan de zorgvrager. Door 13 respondenten (33%) wordt aangegeven dat zij hierbij soms stimulerende, positieve feedback geven. Dit is weergegeven in tabel 13.

Tabel 13: Planning gedragsverandering

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag | Nooit | % | Soms | % | Vaak | % | Altijd | % |
| Ik maak samen met de zorgvrager een concreet plan voor de gedragsverandering. | 16 | 40 | 18 | 45 | 5 | 13 | 1 | 3 |
| De doelen in het actieplan van de zorgvrager worden uitdagend maar absoluut haalbaar gehouden. | 12 | 30 | 14 | 35 | 11 | 28 | 3 | 8 |
| Ik geef de zorgvrager stimulerende, positieve feedback tijdens het proces van de gedragsverandering. | 3 | 8 | 13 | 33 | 19 | 48 | 5 | 13 |

### 

### 3.5.4 Stabilisatie

Door 18 respondenten (45%) wordt de zorgvrager soms gestimuleerd om hoog risico situaties te herkennen en ermee om te gaan. Daarnaast geven 19 respondenten (48%) aan de zorgvrager nooit te stimuleren om een expliciet plan te formulieren voor de belangrijkste hoog risico situaties. Door 18 respondenten (45%) wordt de zorgvrager hier soms toe gestimuleerd. Tenslotte coachen 21 respondenten (53%) de zorgvrager soms bij een eventuele terugval in het oude gedrag.

Tabel 14: Stabilisatie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag | Nooit | % | Soms | % | Vaak | % | Altijd | % |
| Ik stimuleer de zorgvrager om hoog risico situaties te herkennen en ermee om te gaan. | 7 | 18 | 18 | 45 | 15 | 38 | 0 | 0 |
| Ik stimuleer de zorgvrager om een expliciet plan te formuleren voor de belangrijkste hoog risico situaties. | 19 | 48 | 18 | 45 | 3 | 8 | 0 | 0 |
| Ik coach de zorgvrager bij een eventuele terugval (in het oude gedrag). | 6 | 15 | 21 | 53 | 12 | 30 | 1 | 3 |

## 3.6 Afsluiting

Er geven 39 respondenten (98%) aan dat er meer aandacht zou moeten worden besteed aan het geven van voorlichting aan zorgvragers met wonden, over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Daarnaast gaven 15 respondenten tips en adviezen ten aanzien van het geven van voorlichting over voeding. Een standaard folder met tips, trucs en recepten gericht op goede voeding, zou volgens 6 respondenten (40%) handig zijn om op terug te kunnen vallen bij het geven van voorlichting. Daarnaast gaven 3 respondenten (20%) aan dat het voorlichtingsmateriaal op maat moet worden gemaakt voor verschillende doelgroepen, zoals ouderen, mensen met een lager IQ of dyslexie. Het rekening houden met zorgvragers met diabetes of nierproblematiek, wordt door 1 respondent (7%) als advies gegeven. Het adviseren van extra eiwitten kan voor hen namelijk van negatieve gevolgen zijn.

# Hoofdstuk 4: Discussie

In dit hoofdstuk wordt allereerst het doel van het onderzoek weergegeven. Daarop volgt een interpretatie en verklaring van de belangrijkste resultaten. Dit wordt onderbouwd vanuit de literatuur uit het theoretisch kader, hoofdstuk 1. Tenslotte worden sterke en zwakke punten van het onderzoek belicht.

## 4.1 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek is verricht om inzicht te verkrijgen in welke voedingsadviezen de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg geven aan de zorgvrager, omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces, en in hoeverre deze voorlichting volgens het model van Kok wordt gegeven. De belangrijkste resultaten die uit het onderzoek naar voren kwamen waren dat de respondenten geen eenduidige voedingsadviezen geven en de voorlichting niet gericht volgens het model van Kok geven.

## 4.2 Voedingsadviezen

De respondenten geven aan voorlichting te geven aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Echter, de inhoud van de voorlichting verschilt per respondent. Grotendeels geven de respondenten aan algemene voedingsadviezen te geven en voorlichting over voedingsstoffen waar een zorgvrager met wonden mogelijk een tekort aan heeft. In het artikel ‘Goede voeding bij wondzorg’ uit Nursing (2016) van A. Jonkers wordt beschreven dat in alle fasen van het wondgenezingsproces macronutriënten en micronutriënten noodzakelijk zijn. Tekorten hieraan komen veel voor bij zorgvragers met wonden, met een vertraagde wondgenezing tot gevolg (Brown & Philips, 2010). De benodigde hoeveelheid aan deze voedingsstoffen van een zorgvrager met wonden ligt hoger dan die van een gezond volwassene (Demling, 2009). Om deze reden is het effectiever om gerichte voedingsadviezen te geven in plaats van algemene voedingsadviezen. Mogelijk zijn de verpleegkundigen niet goed op de hoogte van de voedingsstoffen waar een zorgvrager met wonden een tekort aan kan hebben.

Uit de resultaten komt vervolgens naar voren dat de voedingsadviezen vooral gericht zijn op de consumptie van eiwitten. Het consumeren van zowel dierlijke als plantaardige eiwitten wordt veelal aanbevolen door de respondenten. Over de hoeveelheid eiwitten wordt geen eenduidig advies gegeven. Uit het artikel van Jonkers (2016) blijkt dat dierlijke eiwitten de voorkeur hebben boven plantaardige eiwitten, omdat deze beter opneembaar zijn. Demling (2009) beschrijft dat de behoefte aan eiwitten bij zorgvragers met wonden bijna twee keer zoveel is als bij een gezond volwassene. Dit toont aan dat niet altijd de juiste adviezen worden gegeven door de respondenten.

Opvallend is dat er vaak geen of geen eenduidig voedingsadvies wordt gegeven over de consumptie van koolhydraten, vetzuren, vitaminen en mineralen. Uit het artikel van Demling (2009) blijkt dat zorgvragers met wonden een energiebehoefte van 30 tot 50 procent hoger hebben dan een gezond volwassene. Daarnaast wordt in het artikel van Wild, Rahbarnia, Kellner, Sobotka en Eberlein (2010) beschreven dat lokale toepassing van vetzuren de wondgenezing verbetert, maar suppletie daarentegen de kans op ontstekingen verhoogt. Tenslotte blijkt uit het artikel van Demling (2009) dat vijf tot tien maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid vitaminen en mineralen aanbevolen moet worden om tekorten te voorkomen. Over de hoeveelheden van deze verschillende voedingsstoffen wordt zichtbaar geen eenduidig advies gegeven door de respondenten.

Onbekend is of de aangegeven hoeveelheden bewust en daadwerkelijk worden aanbevolen, of dat het antwoord mogelijk sociaal wenselijk is gegeven. Het voornamelijk richten van de voorlichting op de consumptie van eiwitten beaamt dat het discutabel is in hoeverre de kennis, over de invloed van verschillende voedingsstoffen op het wondgenezingsproces, aanwezig is bij de verpleegkundigen.

Daarnaast verschilt de wijze van voorlichten per verpleegkundige. De meerderheid van de respondenten geeft mondelinge voorlichting. Slechts een klein aantal respondenten doet dit op schriftelijke wijze. Uit het artikel van Waldmann (2008) blijkt dat voorlichting het meeste effect heeft wanneer meerdere zintuigen tegelijk worden geprikkeld. Daarnaast geeft Sassen (2014) aan dat schriftelijke informatie een aanvulling kan zijn op de mondelinge communicatie en dit het herinneren en begrijpen ervan kan bevorderen. Echter, schriftelijke informatie mag de mondelinge communicatie nooit vervangen (Sassen, 2014). Het geven van mondelinge voorlichting kan een verklaring zijn voor de zichtbaar verschillende adviezen die de respondenten aan zorgvragers geven. De voorlichting wordt mogelijk uit het hoofd en naar eigen kennis en weten gedaan. Dit verschilt per individu.

Om voedingsadvies op maat te geven, wordt door de helft van de respondenten een diëtist ingeschakeld. In het artikel van Jonkers (2016) wordt aangegeven dat per individuele zorgvrager de exacte behoefte aan voedingsstoffen door een diëtist moet worden vastgesteld. Dit gebeurt op basis van eventuele onderliggende ziekten, de mate van activiteit, het klinisch beeld van de zorgvrager en de soort wond (Jonkers, 2016). Mogelijk wordt het inschakelen van de diëtist vaak niet nodig geacht en gebeurt dit enkel wanneer er sprake is van ondervoeding. Men is zich wellicht niet bewust van de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

## 4.3 Model van gedragsverandering

Bij de enquêtevragen gericht op het model van gedragsverandering koos het merendeel van de respondenten grotendeels als antwoordmogelijkheid ‘soms’ of ‘vaak’. Dit is zichtbaar bij de onderdelen ‘Contact maken’ en ‘Verandering van gedragsdeterminanten’. De zorgvrager wordt soms gestimuleerd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem. Daarnaast wordt het gedrag van de zorgvrager soms geëvalueerd in termen van voor- en nadelen, op zowel de korte als lange termijn. Aan de positieve en belangrijke opbrengst van de gewenste gedragsverandering wordt soms aandacht gegeven. Tenslotte biedt de meerderheid van de respondenten soms begeleiding bij het omgaan met de druk die anderen op de zorgvrager uitoefenen. In ‘Gezondheidsbevordering’ van Sassen (2014) is beschreven dat het van groot belang is de zorgvrager zelf na te laten denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem, om de effectiviteit van de voorlichting te vergroten. Een evaluatie van het gedrag, het stilstaan bij de positieve opbrengst van de gedragsverandering, het weerbaar maken voor de druk die anderen kunnen uitoefenen en het zoeken naar sociale steun zijn factoren die de therapietrouwheid vergroten (Sassen, 2014). Een mogelijke verklaring voor het niet gericht geven van de voorlichting volgens het model van Kok, is dat de verpleegkundigen in de praktijk wellicht weinig tijd hebben om uitgebreid stil te staan bij het geven van de voorlichting.

Bij de onderdelen ‘Planning gewenst gedrag’ en ‘Stabilisatie’ waren de antwoorden uiteenlopend. Bij deze twee onderdelen kwam de antwoordmogelijkheid ‘nooit’ vaker voor dan bij de vorige onderdelen. Een groot deel van de respondenten geeft aan nooit een concreet plan met de zorgvrager te maken voor het gewenste gedrag en het omgaan met hoog risico situaties.

Uit Sassen (2014) blijkt dat door het maken van een concreet plan de kans groter is dat de zorgvrager de doelen ook werkelijk zal behalen én het gewenste gedrag gaat uitvoeren. Een mogelijke verklaring voor de verkregen resultaten is dat de verpleegkundigen zich vooral richten op het geven van de voorlichting, en niet op het gericht plannen van de gedragsverandering en het in stand houden hiervan.

## 4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de zelf opgestelde enquête gebaseerd is op wetenschappelijke literatuur en het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok.

Door peerassessment, het waarborgen van de privacy van de onderzoekspopulatie en het excluderen van enquêtes die meer dan twee ontbrekende antwoorden bevatte, is de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten vergroot. Drie medestudenten, een verpleegkundig specialist van Wondzorg Zeeland en een docent van de HZ University of Applied Sciences hebben feedback gegeven op de enquête alvorens deze werd uitgezet. Om de privacy van de onderzoekspopulatie te waarborgen, kon de enquête geheel vrijwillig en anoniem worden ingevuld. Tevens werd hierdoor voorkomen dat respondenten sociaal-wenselijke antwoorden zouden geven. De enquête is ingevuld door respondenten met verschillende verpleegkundige functies, wat een algemeen en representatief beeld geeft. Daarnaast zijn enquêtes die meer dan twee ontbrekende antwoorden bevatte, niet meegenomen in de gegevensanalyse.

De interne validiteit is gewaarborgd door een randomisatie bij de selectie van de verpleegkundigen te laten plaatsvinden. Hiermee werd selectie bias voorkomen. Iedere verpleegkundige kon de enquête invullen, mits voldaan werd aan de inclusiecriteria. Door gebruik te maken van een vierpunts-Likertschaal in de enquête, was het niet mogelijk om een neutraal, middelste antwoord te geven. Dit draagt bij aan het voorkomen van respons bias en waarborgt de validiteit van het onderzoek.

Echter, dit onderzoek heeft ook zwakke punten. De onderzoekspopulatie bestond uit Iriz Thuiszorg, Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland, Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland, Stichting Zorgcentrum Cederhof en Quality Zorg. Dit heeft tot gevolg dat het onderzoek niet genereliseerbaar is naar andere organisaties in Nederland. Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland en Stichting Zorgcentrum Cederhof hadden een opmerkelijk lagere respons dan de andere organisaties. Dit geeft een non respons bias, wat van negatieve invloed is op de validiteit van de onderzoeksresultaten. Daarnaast zijn flexmedewerkers en stagiaires/leerlingen niet meegenomen het onderzoek, wat mogelijk van invloed is op de verkregen resultaten.

In de enquête werd gevraagd of de verpleegkundigen voorlichting geven over de invloed van voeding op het genezingsproces aan zorgvragers met wonden. Indien ‘nee’ werd ingevuld, werd aangegeven dat de enquête niet meegenomen kon worden in de gegevensanalyse en dat de enquête beëindigd moest worden. Hierdoor zijn enquêtes mogelijk beëindigd zonder te versturen. Alle respondenten gaven aan voorlichting te geven, echter blijft onbekend hoeveel verpleegkundigen dit in de praktijk niet doen. Daarnaast is onduidelijk in welke mate zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting wordt gegeven. Slechts vijf keer werd aangegeven dat men schriftelijke voorlichting geeft. Dit betekent dat maximaal vijf respondenten mogelijk zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting geven aan zorgvragers met wonden. Een verdieping in verhulde observatieonderzoek zou wenselijk zijn.

# Hoofdstuk 5: Conclusie

In dit hoofdstuk worden de deelvragen van het onderzoek beantwoordt, waardoor vervolgens een antwoord geformuleerd wordt op de onderzoeksvraag.

## 5.1 Deelvraag 1

**Welke voedingsadviezen omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces geven de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg aan de zorgvrager?**

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de inhoud van de voorlichting over de invloed van voeding op het genezingsproces verschilt per verpleegkundige. De voedingsadviezen zijn over het algemeen vooral gericht op de consumptie van eiwitten. Adviezen over de consumptie van koolhydraten, vetzuren, vitaminen en mineralen ontbreken vaak in de voorlichting. Wanneer hier wel adviezen over worden gegeven, zijn deze niet eenduidig. Verpleegkundigen bevelen verschillende hoeveelheden voedingsstoffen aan of geven onjuiste voedingsadviezen. Het is van belang dat de inhoud van de voorlichting correct is en verpleegkundigen eenduidige adviezen geven. Tevens verschilt de wijze van voorlichten. Grotendeels wordt mondelinge voorlichting gegeven en slechts een paar verpleegkundigen doen dit op schriftelijke wijze. Voorlichting heeft het meeste effect wanneer meerdere zintuigen tegelijk worden geprikkeld (Waldmann, 2008).

Om per individuele zorgvrager de exacte behoefte aan voedingsstoffen vast te stellen, wordt niet ten alle tijden een diëtist ingeschakeld. Dit is wel van belang vanwege eventuele onderliggende ziekten, de mate van activiteit, het klinisch beeld van de zorgvrager en de soort wond waar rekening mee gehouden moet worden (Jonkers, 2016).

## 5.2 Deelvraag 2

**In hoeverre wordt bij het geven van voorlichting aan de zorgvrager door de verpleegkundige de fases van het model van gedragsverandering door voorlichting van KOK gehanteerd?**

Het geven van voorlichting volgens het model van Kok gebeurt volgens de fases contact maken, verandering van gedragsdeterminanten, planning gewenst gedrag en stabilisatie. Gesteld kan worden dat deze fases terugkomen in het geven van voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces door de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg. In hoeverre dit bewust gebeurt, valt niet te concluderen. Bijna alle respondenten gaven namelijk aan niet bekend te zijn met het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok. Daarentegen bleek dat de verpleegkundigen de voorlichting vaak aansluiten op de al bestaande kennis van de zorgvrager.

De verpleegkundigen gaven veelal de antwoorden ‘soms’ of ‘vaak’ bij de enquêtevragen over contact maken en verandering van gedragsdeterminanten. Bij de enquêtevragen over de planning van het gewenste gedrag en stabilisatie waren de antwoorden uiteenlopend. Voor de antwoordmogelijkheid ‘Altijd’ werd over het algemeen weinig tot niet gekozen.

## 5.3 Centrale onderzoeksvraag

**Welke voedingsadviezen geven verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg aan de zorgvrager omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces en in hoeverre wordt deze voorlichting volgens het model van Kok gegeven?**

Als antwoord op de hoofdvraag kan gesteld worden dat de verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg voorlichting geven aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces. Echter, de wijze van voorlichten verschilt en de voedingsadviezen zijn niet eenduidig. De voorlichting wordt over het algemeen enkel gericht op de consumptie van eiwitten, waardoor niet alle van belang zijnde voedingsstoffen aan bod komen. Om de exacte behoefte aan voedingsstoffen per individuele zorgvrager vast te stellen, wordt niet ten alle tijden een diëtist ingeschakeld.

Gesteld kan worden dat bij het geven van de voorlichting de fases van het model van gedragsverandering door Kok aan bod komen. De verpleegkundigen van Wondzorg Zeeland en Quality Zorg gaven echter uiteenlopende antwoorden bij de enquêtevragen over dit model. Bij de verschillende fases werd weinig tot niet aangeven dat de onderdelen altijd aan bod komen tijdens de voorlichting.

Gesteld kan worden dat de voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces aan zorgvragers met wonden nog niet optimaal is.

# Hoofdstuk 6: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen geformuleerd, naar aanleiding van de verkregen resultaten, de discussie en de conclusie. De aanbevelingen zijn gericht op de praktijk, de bachelor-verpleegkunde opleiding en vervolgonderzoek.

## 6.1 Aanbevelingen praktijk

* Aanbevolen wordt om de verpleegkundigen een scholing te geven om hun kennis over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces aan te vullen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt namelijk dat de gegeven voedingsadviezen niet eenduidig waren en vooral gericht op de consumptie van eiwitten. Aanbevolen wordt om eenduidige, wetenschappelijk bewezen, voedingsadviezen te geven aan zorgvragers met wonden.

Daarnaast wordt aanbevolen om het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok te introduceren, om de verpleegkundigen bewust te maken van de manier van voorlichten. Tevens wordt de effectiviteit van de voorlichting hiermee vergroot.

* Daarnaast wordt aanbevolen om de organisaties te voorzien van een folder met eenduidige, wetenschappelijk bewezen, voedingsadviezen voor zorgvragers met wonden. Hierin kunnen tevens tips en recepten worden verwerkt. Daarnaast wordt aanbevolen om specifiek voorlichtingsmateriaaal te ontwikkelen voor bepaalde doelgroepen, zoals zorgvragers met dyslexie, een lager IQ, diabetes of nierproblematiek in combinatie met wonden. De folders kunnen worden opgesteld door een team van diëtisten en behandelaars.

De verpleegkundigen kunnen de folders als leidraad gebruiken bij het geven van voorlichting en deze overhandigen aan de zorgvrager. Door zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting te geven, worden meerdere zintuigen tegelijk geprikkeld. Dit vergroot de effectiviteit van de voorlichting.

* Tevens wordt aanbevolen om bij zorgvragers met wonden structureel een diëtist in te schakelen. Uit de resultaten is namelijk gebleken dat dit niet ten alle tijden gebeurt. De diëtiste kan per individuele zorgvrager de exacte behoefte aan voedingsstoffen vast te stellen. Naar aanleiding hiervan kan ook het geschikte voorlichtingsmateriaal worden gekozen.

## 6.2 Aanbevelingen opleiding

* Aanbevolen wordt om het onderwerp voeding tijdens de cursus Pathologie bij de bachelor-verpleegkunde opleiding aan bod laten komen. Dit kan ondergebracht worden bij colleges gericht op wondzorg. Bij het onderwerp voeding wordt volgens professionals uit het vakgebied te weinig stilgestaan. Door dit vanuit de opleiding al aan te leren en te stimuleren, wordt het mogelijk later in het werkveld beter opgepakt.
* Daarnaast wordt aanbevolen om in het derde en vierde leerjaar van de bachelor-verpleegkunde opleiding meer aandacht te besteden aan het voeren van voorlichtingsgesprekken. In het eerste en tweede leerjaar worden gesprekstechnieken geoefend bij de cursus sociale vaardigheden. Echter komt in het derde en vierde leerjaar het geven van gerichte gezondheidsvoorlichting aan bod, maar hier wordt verder niet specifiek mee geoefend.

## 6.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

* Aanbevolen wordt om over een half jaar het kwantitatief onderzoek te herhalen. Op deze manier kan gewenste progressie in het geven van voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces inzichtelijk worden gemaakt. Daarnaast wordt aanbevolen om het onderzoek aan te vullen met een observatieonderzoek. Zo kan specifieker in kaart worden gebracht welke voedingsadviezen worden gegeven en in hoeverre deze voorlichting volgens het model van Kok gegeven wordt.
* Om een vervolgonderzoek beter te kunnen generaliseren naar een grotere doelgroep, wordt aanbevolen om het onderzoek uit te voeren onder zoveel mogelijk organisaties in Nederland. Iedere organisatie werkt op zijn eigen manier en sommige organisaties zijn verder ontwikkeld dan anderen. Door het onderzoek bij zoveel mogelijk organisaties uit te voeren, kan een algemeen beeld verkregen worden. Hierbij moet gestreefd worden naar een zo hoog mogelijke respons. Onderzoeksresultaten kunnen met elkaar vergeleken worden en de organisaties kunnen onderling van elkaar leren.
* Tevens wordt aanbevolen om in een vervolgonderzoek de zorgvragers met wonden in de onderzoekspopulatie te includeren. Dit onderzoek had namelijk alleen betrekking op de verpleegkundigen, waardoor de ervaringen en behoeften van de zorgvragers niet in kaart is gebracht. Interessant is om te weten hoe zorgvragers zelf over het onderwerp voeding denken en wat zij als ondersteuning hierbij nodig achten.

# Literatuurlijst

Batavier, K. (13 oktober 2016). Eat, Run, Love [Online afbeelding]. Geraadpleegd op 24 mei 2018, van http://www.eatrunlove.nl/hoe-houd-je-een-dieet-vol/

Bosman. (2017). *Voeding bij een wond*. Opgeroepen op september 15, 2017, van https://www.bosman.com/wond/leefstijl-bij-wonden/voeding-bij-een-wond

Brown, K., & Phillips, T. (2010, augustus). *Nutrition and wound healing.* Opgeroepen op oktober 5, 2017, van http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X10000520

Demling, R. (2009, februari 3). *Nutrition, Anabolism, and the Wound Healing Process: An Overview.* Opgeroepen op oktober 13, 2017, van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642618/

Halfens, R., Meesterberends, J., Neyens, A., Rondas, A., Rijcken, S., Wolters, S., & Schols, J. (2015). *Een Europese richtlijn over voeding en decubitus.* Opgeroepen op september 24, 2017, van https://link.springer.com/article/10.1007/BF03075251

Hesselink, J. (2010). *Oriëntatie op verpleegkunde* (Eerste druk ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Jonkers, A. (2016, september 6). Goede voeding bij wondzorg. *Nursing*. Opgeroepen op september 14, 2017, van https://www.nursing.nl/magazine-artikelen/goede-voeding-bij-wondzorg/

Mediq CombiCare. (2017). *De rol van voeding*. Opgeroepen op september 28, 2017, van https://www.mediqcombicare.nl/Particulieren/Wondzorg/Wondgenezing%20De%20rol%20van%20voeding

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. (2008, juli). *Gezonde voeding, van begin tot eind.* Opgeroepen op oktober 16, 2017, van http://www.mvo.nl/media/gezondheid/gezonde\_voeding\_van\_begin\_tot\_eind.pdf

Pinterest (z.j.). Pleister [Online afbeelding]. Geraadpleegd op 24 mei 2018, van https://nl.pinterest.com/pin/548594798339283052/?lp=true

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015, september 22). *Wat is preventie?* Opgeroepen op oktober 16, 2017, van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit\_van\_preventie/Over\_kosteneffectiviteit\_en\_preventie/Opbouw\_interventies\_literatuurdatabase/Wat\_is\_preventie

Sassen, B. (2014). Gezondheidsbevordering en zelfmanagement. Amsterdam: Reed Business Education.

Schols, J., Meijers, J., Clark, M., & Halfens, R. (2007, juni). Een Europese richtlijn over voeding en decubitus. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde*, 100-104. doi:10.1007

Segers, N. (2016). Samenvatting. In *19 Praktische voedingszorg bij wondverzorging.* Bohn Stafleu van Loghum. Opgeroepen op september 13, 2017, van https://mijn.bsl.nl/19-praktische-voedingszorg-bij-wondverzorging/12036956

Startwondverzorging. (2017). *Acute wonden*. Opgeroepen op september 11, 2017, van http://www.startwondverzorging.nl/CONTENT/index.php/gecompliceerde-wonden/1-acute-wonden

Startwondverzorging. (2017). *Wondverzorging*. Opgeroepen op september 11, 2017, van http://www.startwondverzorging.nl/CONTENT/index.php

Twinomujuni, C., Nuwaha, F., & Babirye, J. (2015, juni 1). *Understanding the Low Level of Cervical Cancer Screening in Masaka Uganda Using the ASE Model: A Community-Based Survey.* Opgeroepen op november 13, 2017, van http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128498

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (Vijfde druk ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Waldmann, B. (2008, januari). *Voorlichting op maat.* Opgeroepen op januari 14, 2018, van https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/33760/101392/Voorlichting\_op\_maat.pdf

Wild, T., Rahbarnia, A., Kellner, M., Sobotka, L., & Eberlein, T. (2010, september). *Basics in nutrition and wound healing.* Opgeroepen op oktober 22, 2017, van http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900710001668

Wondzorg Zeeland. (2016). *Doelstelling*. Opgeroepen op september 11, 2017, van https://www.wondzorgzeeland.nl/professionals/

Wondzorg Zeeland. (2016). *Van wond tot genezing*. Opgeroepen op september 11, 2017, van https://www.wondzorgzeeland.nl/werkwijze/

Wondzorg Zeeland. (2018, januari). *Wondzorg Zeeland verwelkomt QualityZorg als samenwerkingspartner.* Opgeroepen op januari 18, 2018, van https://www.wondzorgzeeland.nl/nieuws/qualityzorg-samenwerkingspartner-wondzorg-zeeland/

Wondzorginnovatie B.V. (2017). *WoundMonitor*. Opgeroepen op maart 2, 2018, van https://woundmonitor.nl/

# Bijlage I: Enquête

**Gedragsverandering door voorlichting**

Beste verpleegkundige,

Mijn naam is Shannon Brouwer en ik volg mijn afstudeerjaar van de Bachelor-verpleegkunde opleiding aan de HZ University of Applied Sciences. Tijdens mijn stage bij Wondzorg Zeeland richt ik mijn afstudeeronderzoek op gedragsverandering door voorlichting. De verpleegkundige kan hier een belangrijke rol in spelen!

Onderzocht wordt in hoeverre verpleegkundigen binnen Wondzorg Zeeland en Quality Zorg, voorlichting geven aan de zorgvrager omtrent de invloed van voeding op het wondgenezingsproces en welke voedingsadviezen worden gegeven. Dit gebeurt aan de hand van het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok.

Het invullen van de enquête duurt ongeveer 5-10 minuten. Uw deelname wordt zeer op prijs gesteld en draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt en aan het einde van het onderzoek worden vernietigd. De verkregen resultaten worden in juli 2018 teruggekoppeld aan de deelgenomen organisaties.

De online enquête kan tot en met zondag 25 februari 2018 worden ingevuld via onderstaande link:

https://goo.gl/forms/kRndIs35GrFyEZLA2

Uw bijdrage wordt zeer gewaardeerd! Het is van belang dat u de enquête naar waarheid invult.

Mocht u vragen hebben, kunt u contact met mij opnemen via het e-mailadres: brou0041@hz.nl.

**De twee organisaties met de hoogste respons ontvangen een verrassing!**

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Shannon Brouwer

**Enquête:**

Demografische vragen

1. Wat is uw geslacht?

* Man
* Vrouw

1. Wat is uw leeftijd?

* Jonger dan 25 jaar
* 25-40 jaar
* 41-65 jaar
* Ouder dan 65 jaar

1. Bij welke organisatie bent u werkzaam?

* Iriz Thuiszorg
* Stichting Eilandzorg Schouwen-Duiveland
* Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland
* Stichting Zorgcentrum Cederhof
* Quality Zorg

1. Wat is uw huidige functie binnen deze organisatie?

* Mbo verpleegkundige
* Bachelor verpleegkundige
* Verpleegkundig specialist

De volgende vragen gaan over het geven van voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

Algemeen

1. Geeft u voorlichting aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces?

* Ja
* Nee 🡪 Helaas kan uw enquête niet meegenomen worden in de analyse. Beëindig de enquête.

1. Wanneer wordt de voorlichting over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces gegeven?

* Standaard, aan iedere zorgvrager
* Wanneer zich problemen binnen de voedingspatronen voordoen

1. Over wat geeft u precies voorlichting? Meerdere antwoorden mogelijk.

* Algemene voedingsadviezen
* Voedingsstoffen waar een zorgvrager met wonden (mogelijk) een tekort aan heeft
* Het voorkomen van ondervoeding
* Anders, namelijk: ..

1. Hoe wordt deze voorlichting gegeven? Meerdere antwoorden mogelijk.

* Mondeling
* Schriftelijk (folder, brochure)
* Audio (cd-rom)
* Video
* Anders, namelijk: ..

1. Bent u bekend met het model van gedragsverandering door voorlichting van Kok?

* Ja
* Nee

Voedingsadviezen

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om:

* Dierlijke eiwitten te consumeren
* Plantaardige eiwitten te consumeren
* Beiden
* Geen van beiden

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om .. maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid eiwitten te consumeren:

* Eén (Dezelfde hoeveelheid)
* Bijna twee
* Meer dan twee
* Geen van allen

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om:

* Volkorenbrood, aardappelen, volkorenpasta, fruit of muesli te consumeren.
* Koolhydraatarm brood, courgettepasta, bloemkoolrijst, olijven of pecannoten te consumeren.
* Geen van beiden

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om:

* Vetzuren te consumeren (olijfolie, boter, lijnzaadolie, zonnebloemolie, kokosolie en vette vis)
* Suppletie van vetzuren te consumeren
* Beiden
* Geen van beiden

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om .. maal de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid vitaminen en mineralen te consumeren.

* 1 (Dezelfde hoeveelheid)
* 5 tot 10
* 11 tot 15
* Geen van allen

1. Ik beveel zorgvragers met wonden aan om minimaal twee liter vocht per dag te consumeren.

* Ja
* Nee

1. Om voedingsadvies op maat te geven aan de zorgvrager, schakel ik een diëtist in.

* Ja
* Nee

Contact maken

1. Bij het contact maken met de zorgvrager benadruk ik zijn individuele risico voor de invloed van voeding op het wondgenezingsproces.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik stimuleer de zorgvrager om inzicht te krijgen in de relatie tussen het gezondheidsprobleem (wonden) en het gewenste gezondheidsgedrag (aanpassen van de voeding).

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Bij het contact maken met de zorgvrager sluit ik de informatie aan op de bestaande kennis van de zorgvrager over het gezondheidsprobleem.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. De zorgvrager wordt uitgenodigd om zelf na te denken over de relatie tussen leefstijl en het gezondheidsprobleem.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

Verandering van gedragsdeterminanten

*Attitude*

1. Ik nodig de zorgvrager uit om zich een kritische voorstelling van het gewenste gedrag te maken.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik bespreek met de zorgvrager de voor- en nadelen van het huidige en/of gewenste gedrag op zowel korte als lange termijn.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik zoek samen met de zorgvrager naar wat voor hem een positieve opbrengst zou zijn van de gewenste gedragsverandering.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik beloon het gewenste gedrag van de zorgvrager.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

*Sociale invloed*

1. Ik ondersteun de zorgvrager in het zichtbaar maken van de verwachtingen van de sociale omgeving.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik ondersteun de zorgvrager in het leren omgaan met de druk die anderen (zijn omgeving) op hem uitoefenen.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik ondersteun de zorgvrager in het zoeken naar sociale steun binnen zijn omgeving.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

*Eigen-effectiviteit*

1. Ik ga samen met de zorgvrager na welke praktische vaardigheden moeten worden aangeleerd om het gezondheidsgedrag uit te kunnen voeren en vol te kunnen houden.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. De vaardigheden die moeten worden aangeleerd, splits ik samen met de zorgvrager op in een aantal gemakkelijk te hanteren deelvaardigheden.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

Planning gewenst gedrag

1. Ik maak samen met de zorgvrager een concreet plan voor de gedragsverandering.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. De doelen in het actieplan van de zorgvrager worden uitdagend maar absoluut haalbaar gehouden.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik geef de zorgvrager stimulerende, positieve feedback tijdens het proces van de gedragsverandering.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

Stabilisatie

1. Ik stimuleer de zorgvrager om hoog risico situaties te herkennen en ermee om te gaan.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik stimuleer de zorgvrager om een expliciet plan te formuleren voor de belangrijkste hoog risico situaties.

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

1. Ik coach de zorgvrager bij een eventuele terugval (in het oude gedrag).

* Nooit
* Soms
* Vaak
* Altijd

Afsluiting

1. Vindt u dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan het geven van voorlichting aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces?

* Ja
* Nee

1. Heeft u nog tips of adviezen ten aanzien van het geven van voorlichting aan zorgvragers met wonden over de invloed van voeding op het wondgenezingsproces?

…

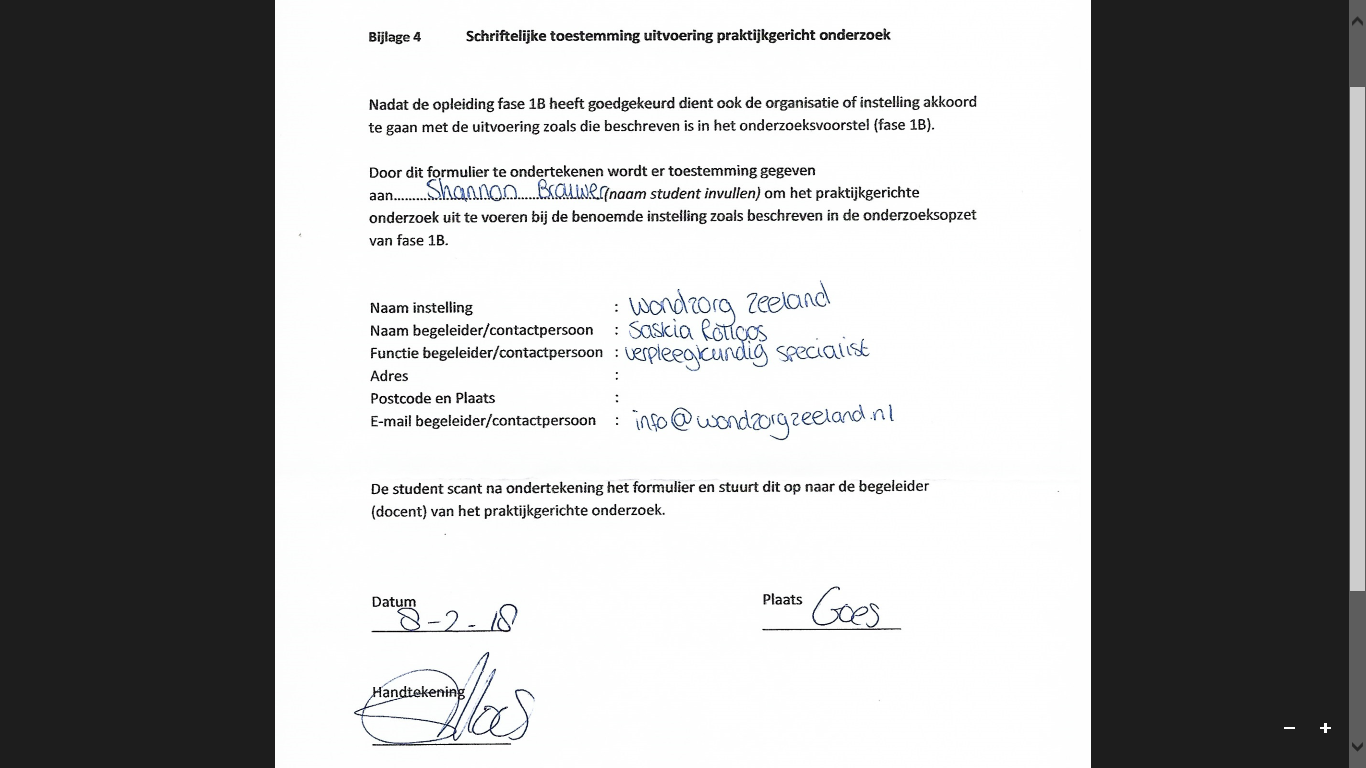
Dit is het einde van de enquête. De verkregen resultaten worden in juli 2018 teruggekoppeld aan de deelgenomen organisaties.

**De twee organisaties met de hoogste respons ontvangen een verassing!**

Hartstikke bedankt voor uw deelname!

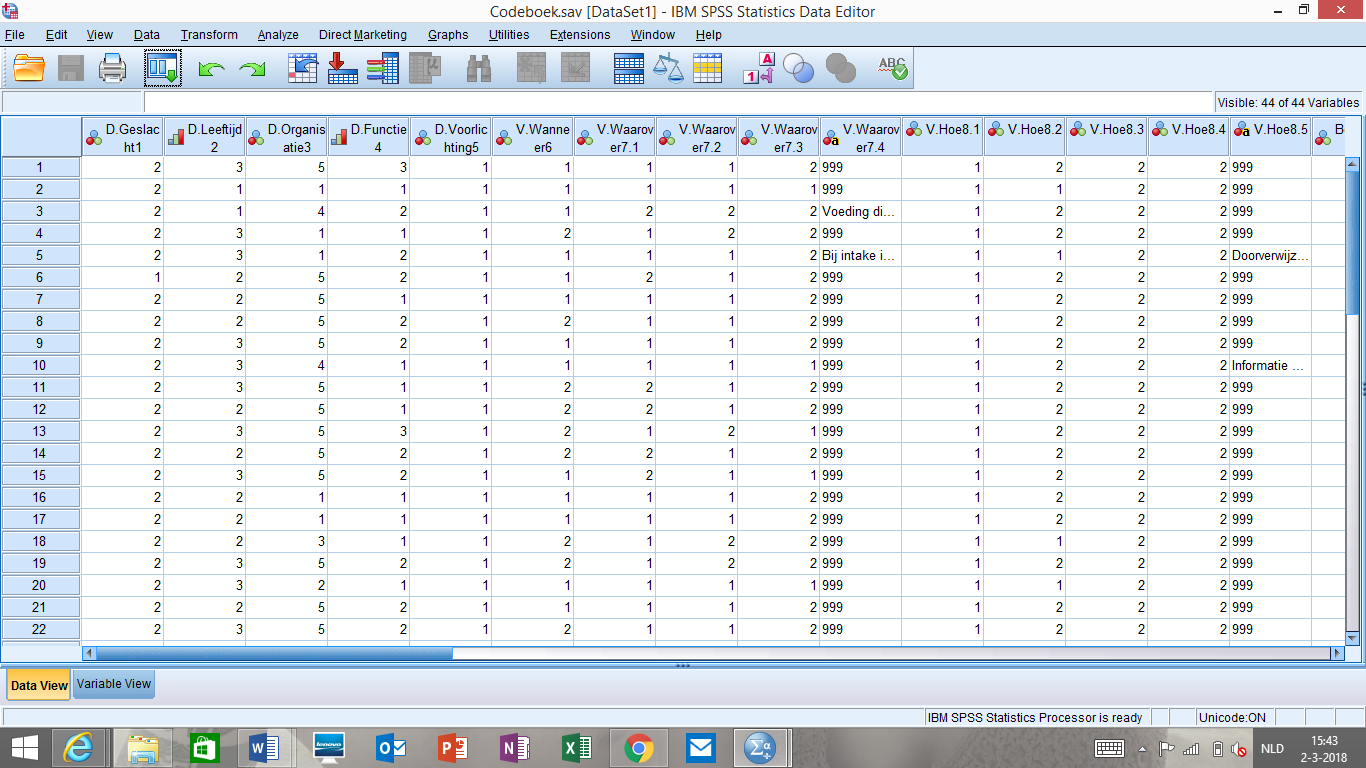
Shannon Brouwer

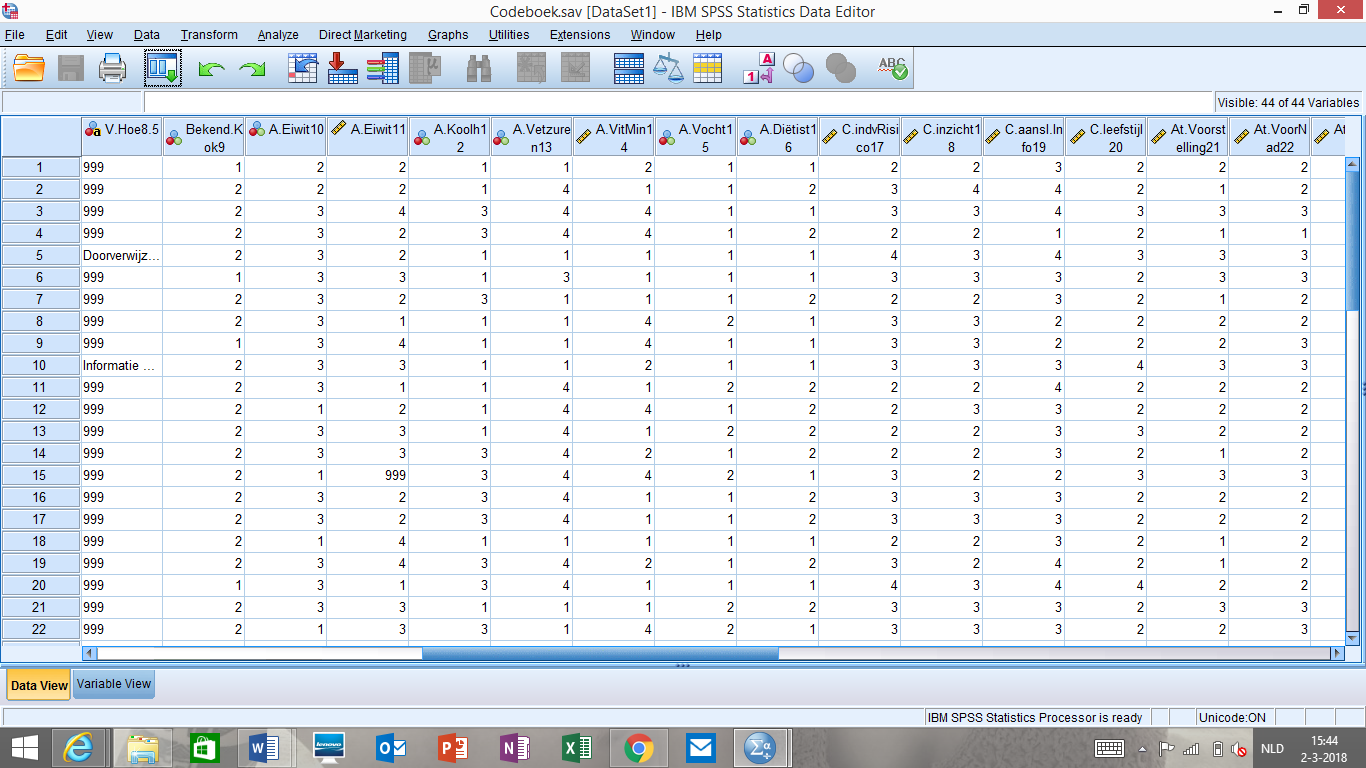
# Bijlage II: Toestemmingsverklaring

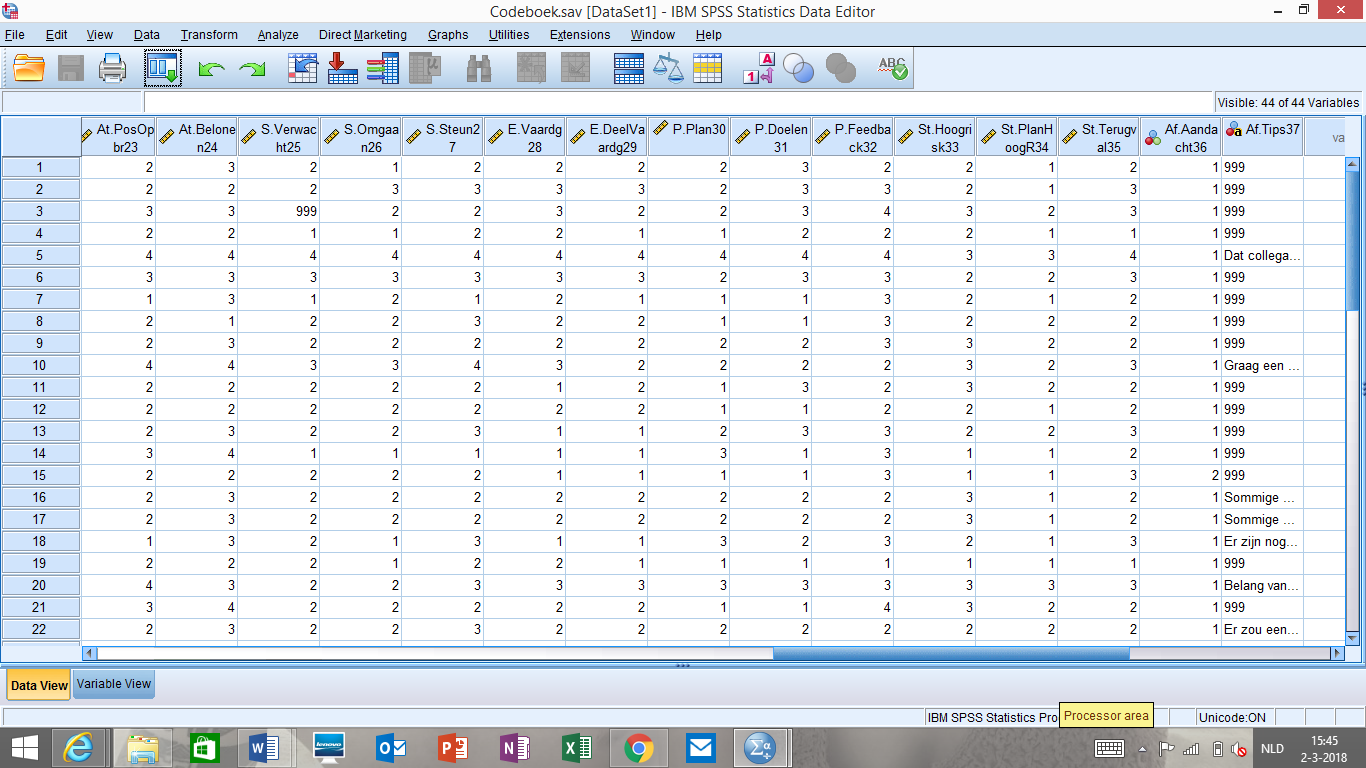


# Bijlage III: SPSS databestand en codeboek

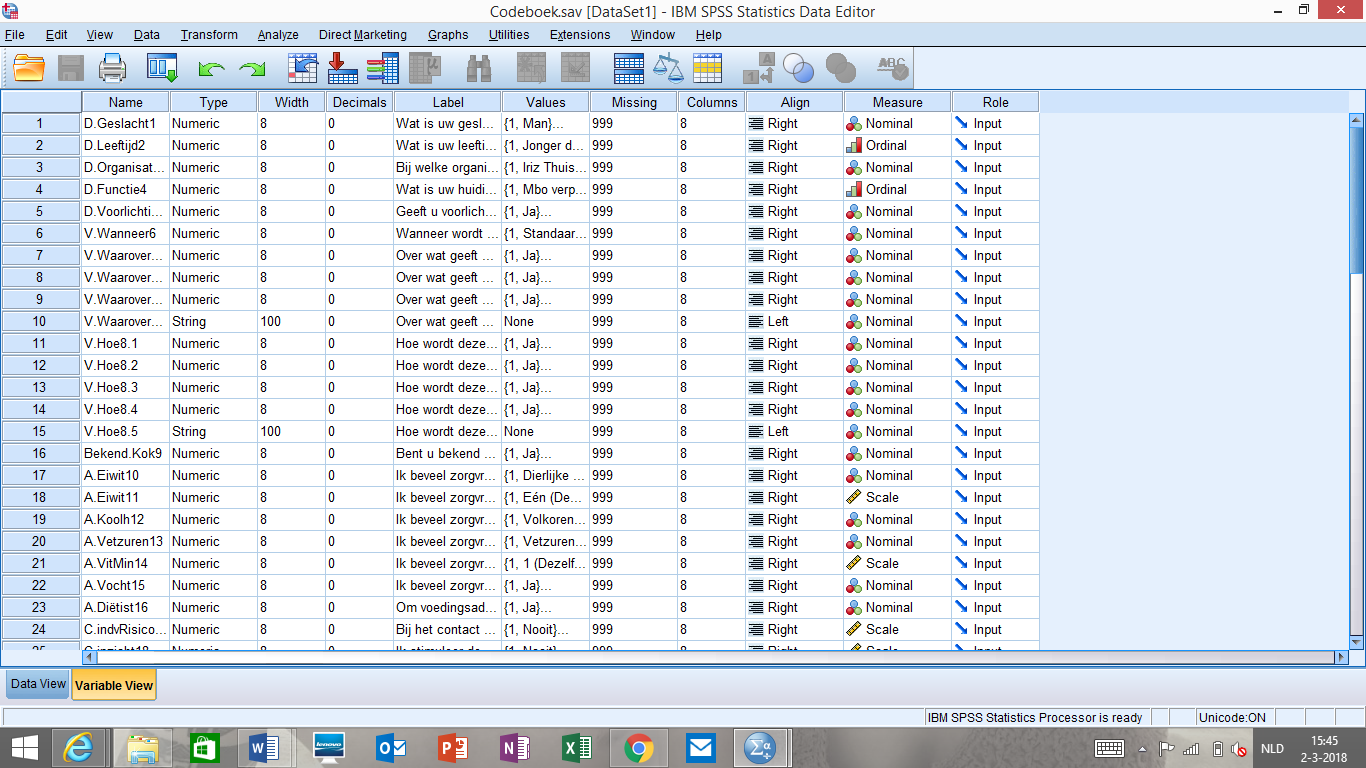
**Databestand (data view)**

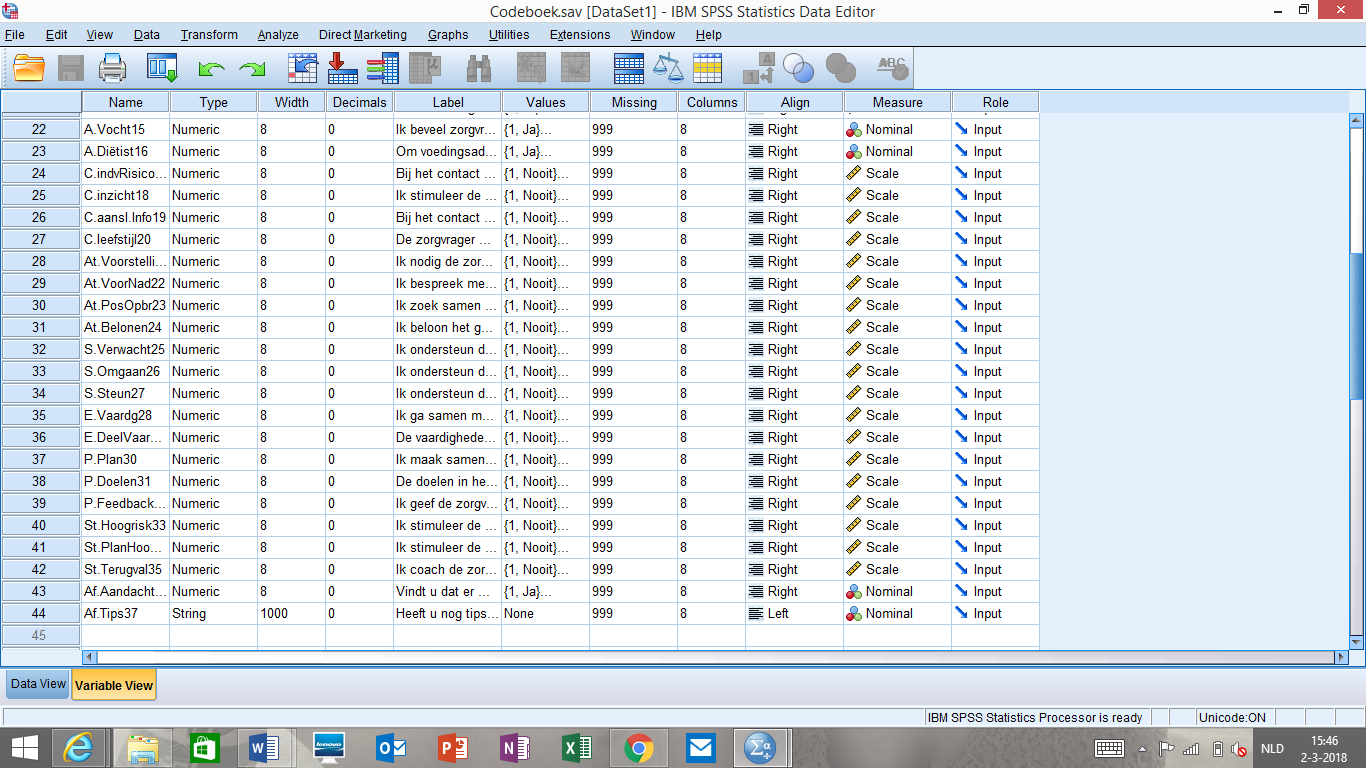






**Codeboek (variable view)**





# Bijlage IV: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag

Naam student: Studentnummer:

Differentiatie: Datum:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen. | | | | **Aantal punten** |
| 0 | **Rapportage**  *Indicatoren HZ kader: 1 – 4*  **(LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling***)* | Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen.  Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal 3 fouten per pagina! | | |  |
| 1 | **Samenvatting en Inleiding**  *Indicatoren HZ kader:*  *5 – 7* | Samenvatting bevat de juiste onderdelen en is informatief. Inleiding: de student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig. | | |  |
| 2 | **Theoretisch kader**  *Indicatoren HZ kader:*  *8 -10*  *DD 1\** | Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende. | | |  |
| 3 | **Methode**  *Indicatoren HZ kader:*  *11-13* | De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student bespreekt de betrouwbaarheid en validiteit. Verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse is beschreven. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur. | | |  |
| 4 | **Resultaten**  *Indicatoren HZ kader:*  *14 -16* | Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema’s. | | |  |
| 5 | **Discussie**  *Indicatoren HZ kader:*  17-18, 20  *DD3\** | Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemd en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit. | | |  |
| 6 | **Conclusies**  *Indicator HZ kader: 19* | Hoofd- en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie. | | |  |
| 7 | **Aanbevelingen**  *Indic HZ kader 21 – 24*  *DD2\** | Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing | | |  |
| 8 | **Evaluatie**  *Indicatoren HZ kader: 28-30*  *DD2, DD5\**  ***Alleen in te vullen door 1e begeleider!*** | Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie);  Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1ste begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek). | | |  |
|  |  | **Max aantal te halen punten** | **80 of 90\*** | **Behaalde punten** |  |
|  | **Toegekend cijfer** | **Behaalde punten / 8 of 9\***  **\*2e beoordelaar vult onderdeel 8 niet in!** | | |  |
|  | **Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.** | | | | |

\*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar: Naam tweede beoordelaar: