|  |  |
| --- | --- |
| SEDES22 | **KU LEUVEN**  **Groep Biomedische Wetenschappen**  FACULTEIT BEWEGINGS- EN REVALIDATIEWETENSCHAPPEN |

**De invloed van een leidinggevende als rolmodel op het trapgebruik van werknemers**

door Sanne van Driel

masterproef aangeboden tot het behalen van de graad van Master of Science in de lichamelijke opvoeding en de bewegingswetenschappen

o.l.v.

prof. dr. F. Boen, promotor

LEUVEN, 2017

|  |  |
| --- | --- |
| SEDES22 | **KU LEUVEN**  **Groep Biomedische Wetenschappen**  FACULTEIT BEWEGINGS- EN REVALIDATIEWETENSCHAPPEN |

**De invloed van een leidinggevende als rolmodel op het trapgebruik van werknemers**

door Sanne van Driel

masterproef aangeboden tot het behalen van de graad van Master of Science in de lichamelijke opvoeding en de bewegingswetenschappen

o.l.v.

prof. dr. F. Boen, promotor

LEUVEN, 2017

Opgesteld volgens de richtlijnen van de Journal of Sport & Exercise Psychology

**Woord vooraf**

In dit dankwoord zou ik mij graag willen richten tot alle personen die een bijdrage hebben geleverd aan deze masterproef.

Allereerst zou ik daarbij graag mijn promotor prof. dr. Filip Boen willen bedanken voor de aangename samenwerking tijdens het gehele proces. Mede dankzij zijn begeleiding, goede raad en snelle, kwaliteitsvolle feedback heb ik deze masterproef tot een goed einde weten te brengen. Daarnaast gaat mijn oprechte dank uit naar Jos Feys voor het online opstellen en verwerken van de enquête.

Vervolgens wil ik graag Essent ’s-Hertogenbosch bedanken voor de mogelijkheid die zij mij gegeven hebben dit onderzoek binnen hun bedrijf uit te voeren. Daarbij gaat mijn dank speciaal uit naar contactpersoon Marianne Halman voor de aangename samenwerking en alle tijd en energie die zij hierin gestoken heeft. Zij heeft er alles aan gedaan om samen met mij dit onderzoek tot een geslaagd einde te brengen. Ook de acteurs in de gezondheidsvideo, de cameraman en de personen die deze video bewerkt hebben zou ik hier extra willen bedanken.

Ten slotte gaat mijn dank uit naar mijn thuisfront voor de interesse en steun gedurende mijn gehele studentencarrière.

Elshout (NL), 24 mei 2017 S.D.

**Situering**

Deze masterproef kadert binnen de onderzoeksgroep Fysieke Activiteit, Sport & Gezondheid van het Departement Bewegingswetenschappen aan de Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen

van de KU Leuven. Het onderwerp valt binnen het onderzoeksdomein van de bewegingspsychologie, waar verschillende interventiestrategieën onderzocht worden om de mate van fysieke activiteit te verhogen, vooral bij personen die de bewegingsnorm niet halen.

Een mogelijke strategie om het aanbevolen totale niveau van fysieke activiteit te bereiken, is het aannemen van een fysiek actieve levensstijl. Hierin worden kleinere perioden van fysieke activiteit geïmplementeerd in het dagelijkse leven (Haskell et al., 2007; Task Force on Community Preventive Services, 2002). Een voorbeeld van een interventie om tot een fysiek actievere levensstijl te komen, is het promoten om vaker de trap te nemen in plaats van de lift of roltrap. Binnen deze onderzoeksgroep werd het promoten van trapgebruik reeds meerdere malen onderzocht.

Zo bleek uit het onderzoek van Vanden Auweele et al (2005) dat een motivationeel bord op het keuzepunt tussen de trap en de lift een significant effect had op het trapgebruik van de vrouwelijke werknemers in een bedrijf. Meer bepaald steeg het trapgebruik van 69% tijdens de basislijn tot 77% na de interventie. Vervolgens werd een week later een email verstuurd waarin nogmaals de gezondheidsvoordelen van het nemen van de trap werden aangehaald. Deze email zorgde voor een verdere en significante stijging van het trapgebruik naar 85%.

Boen et al. (2010) toonde aan dat een motivationeel bord ook effectief is in openbare ruimtes. De slogan ‘Blijf in vorm, neem de trap’ op een bord resulteerde in significante verhogingen van het trapgebruik in zowel een winkelcentrum (van 1.7 naar 11.7%) als in twee treinstations (van respectievelijk 35.2 naar 43.8%, en van 9.4 naar 27.4%). In plaats van een motivationeel bord gebruikten Demeulenaere en Voeten (2015) een directioneel teken. Een brede rode loper in de richting van de trap resulteerde in hun studie in een stijging van het trapgebruik van 14.6 naar 19.7%.

Boxtaens en Maex (2012) trachtten vervolgens het effect van de gezondheidsbordjes te verhogen door het matchen van de inhoud van de boodschap met de setting. Zowel in een sportieve setting (een sportwinkel) als in een ecologische setting (een ecologisch gericht bedrijf) deden zij een interventie met twee verschillende borden: één met een sportieve boodschap (‘Sportief? Neem dan de trap!’) en één met een ecologische boodschap (‘Milieubewust? Neem dan de trap!’). Hoewel zij geen significant verschil vonden tussen een match en een mismatch, was er wel een trend zichtbaar. Zo nam 15.1% in de sportieve en 53.6% in de ecologische setting de trap bij een match tussen de identiteit van de voorbijganger en de boodschap, bij een mismatch was dit respectievelijk 11.8 en 52.7%.

Ook Duchi en Nevejan (2013) onderzochten of ze het effect van de interventies konden versterken door de interventie te matchen aan de identiteit van de voorbijgangers. Zij maakten gebruik van vier levensgrote, op karton afgebeelde voorgangers die om de beurt op de trap werden neergezet. De afgebeelde voorganger was ofwel een jonge man of vrouw, ofwel een oudere man of vrouw. Wanneer de leeftijd en het geslacht van de afgebeelde voorganger matchte met die van de voorbijganger bleek er een groter effect te zijn in de stijging van het trapgebruik in vergelijking met de basislijn dan wanneer er geen match was in leeftijd en geslacht (respectievelijk van 15 naar 37.2% en van 15 naar 21.5%).

Van Calster et al. (2017) onderzochten of een gezondheidsboodschap ook effect kan hebben wanneer deze door middel van een video wordt gecommuniceerd. Het verspreiden van deze video via email onder werknemers resulteerde niet in een significant effect op het aantal traplopers. Wel zorgde de video voor een significante verhoging in trapgebruik wanneer deze op een tv-scherm bij de trap werd afgespeeld (+12.5%). Daarnaast bleek uit deze studie dat ook het verbeteren van de zichtbaarheid en toegankelijkheid van de trappenhal tot een significant hogere mate van trapgebruik leidde (+6.5%).

Als laatste werd in de studie van Van Raemdonck (2016) het effect nagegaan van een korte bevraging over de gezondheidsvoordelen op het effectieve trapgebruik van werknemers. Er werd echter geen eenduidig effect gevonden. Verder onderzoek is dus noodzakelijk om dit effect significant aan te tonen.

De huidige studie heeft naar aanleiding van de resultaten uit het onderzoek van Duchi en Nevejan (2015) en Van Calster et al. (2017) als eerste doel het trapgebruik te laten stijgen door gedragsmodellering. Vernieuwend ten opzichte van voorgaand onderzoek omtrent trapgebruik is het feit dat in huidige studie een leidinggevende als rolmodel wordt neergezet. Het doel wordt getracht te bereiken door middel van twee interventies. Allereerst zal er op het keuzepunt van de trap en lift een bord met motivationele instructie geplaatst worden. Hierop wordt de gedragsnorm van het bedrijf een eerste keer aangehaald. De tweede interventie zal bestaan uit een motivationele videoboodschap welke via een intern platform naar alle werknemers wordt doorgestuurd. Deze boodschap zal de gedragsnorm bevatten die ingesproken wordt door een leidinggevende binnen het bedrijf. Het tweede doel is na te gaan of het trapgebruik door deze interventies meer gestimuleerd wordt bij werknemers die zich sterker identificeren met hun bedrijf in vergelijking met werknemers waarbij dit minder het geval is.

**Referenties**

Boen, F., Maurissen, K., & Opdenacker, J. (2010). A simple health sign increases stair use in a shopping mall and two train stations in Flanders, Belgium. *Health Promotion International, 25,* 183-191.

Boxtaens, K. & Maex, F. (2012). Promotie van trappengebruik door bordjes: Het matchen van de identiteitsboodschap met de setting. *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Demeulenaere, L. & Voeten, Y. (2015). Verleidt de rode loper werknemers om de trap te nemen? *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Duchi, S., & Nevejan, C. (2013). Promoten van trapgebruik door gedragsmodellering: het effect van

leeftijd en geslacht van een afgebeelde voorganger. *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Haskell, W.L., Lee, I.-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., & Bauman, B.A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. *Official Journal of the American College of Sports Medicine,* 1424-1434.

Task force on community preventive services (2002). Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal of Preventive Medicine*, *22*(4), 67-72.

Van Calster, L., Van Hoecke, A. –S., Octaef, A., Boen, F. (2017). Does a video displaying a stair climbing model increase stair use in a worksite setting? *Public Health, 149,* 11-20.

Vanden Auweele, Y., Boen, F., Schopendonk, W., & Dornez, K. (2005). Promoting stair use among female employees: the effect of a health sign followed by an e-mail. *Journal of Sports & Exercise Psychology, 27,* 188-196.

Van Raemdonck, Y. (2016). Verhoogt een persoonlijke bevraging over de gezondheidsvoordelen het trapgebruik bij werknemers van een HR-bedrijf in België? *Ongepubliceerde masterproef,* KU Leuven, Leuven.

**De invloed van een leidinggevende als rolmodel op het trapgebruik van werknemers**

**Abstract**

Het doel van deze studie was het onderzoeken van de impact van een motivationeel bord en een gezondheidsvideo met een leidinggevende als rolmodel op het trapgebruik in een werksetting in Nederland. Daarnaast werd via een enquête onderzocht of de organisationele identificatie van werknemers een modererend effect had op deze interventies.

Het motivationele bord resulteerde in een significante stijging (+9.1%) van het trapgebruik. Daarbij had de organisationele identificatie een significant modererend effect op de invloed van dit bord. De gezondheidsvideo zorgde in vleugel B/C van het gebouw voor een bijkomende significante stijging (+15.6%). In vleugel A werd geen significante stijging (+1.7%) geconstateerd. De organisationele identificatie had geen significant modererend effect op de invloed van de gezondheidsvideo.

Een motivationeel bord en een gezondheidsvideo met een leidinggevende als rolmodel kunnen dus resulteren in een stijging van het trapgebruik. Organisationele identificatie kan daarbij een modererende rol spelen op de invloed van een motivationeel bord.

**Inleiding**

Vier miljoen jaar van zijn bestaan was de mens afhankelijk van de individuele fysieke inspanning om te overleven. Enkel de laatste 10.000 jaar blijkt fysieke activiteit geen noodzakelijke vereiste meer in het dagelijks leven (Astrand, 1992; Blair and Powell, 2014). Het jagen naar en verzamelen van voedsel betekent tegenwoordig niet meer dan het opentrekken van de koelkast, de auto instappen om naar de supermarkt te rijden, of een bezorgdienst bellen die het voedsel aan de deur komt afleveren. De mens is gedurende meer dan 99% van zijn bestaan een jager en verzamelaar geweest. De abrupte transitie van dit fysiek actieve leven naar het hedendaagse gemechaniseerde en technologische leven heeft geleid tot een aanzienlijke daling van de mate van fysieke activiteit van de mens (Sparling et al., 2000), met alle gevolgen van dien (O’Keefe et al., 2011). Ons lichaam is namelijk “gebouwd” om te bewegen. Ons genoom is destijds geselecteerd op een dergelijke actieve levensstijl en onze biochemie en fysiologie zijn ontworpen om optimaal te functioneren in de uit noodzaak actieve levensstijl van een jager/verzamelaar (Astrand, 2011; Eaton, 2003). De huidige sedentaire manier van leven, voornamelijk in de welvarende westerse landen, stemt dan ook niet overeen met de manier waarop ons lichaam miljoenen jaren geleden is samengesteld (Eaton, 2003; O’Keefe et al., 2011).

Er is veel bewijs dat deze inactieve levensstijl een groot probleem is voor de volksgezondheid in de hele wereld (Hallal et al., 2012). Allereerst vormt fysieke inactiviteit een groot risico voor vroegtijdige sterfte (Katzmarzyk, 2010). Volgens onderzoek van Lee et al. (2012) werd in 2008 maar liefst 9% van deze vroegtijdige sterfgevallen veroorzaakt door fysieke inactiviteit. Daarnaast vormt het een risicofactor voor veel verschillende soorten chronische ziekten, zoals cardiovasculaire ziekten, diabetes type 2, osteoporose, borstkanker en dikke darm kanker (World health organization, 2004; Lee et al., 2012). Daarentegen wordt regelmatige fysieke activiteit geassocieerd met verschillende gezondheidsvoordelen. Er is overtuigend bewijs dat fysieke activiteit zorgt voor een verminderd risico op vroegtijdig sterven, cardiovasculaire ziekten, hoge bloeddruk, metabolisch syndroom, diabetes type 2, borstkanker, dikke darm kanker, depressie (Warburton et al., 2006), beroerte en vallen. Ook zorgt fysieke activiteit voor een verbetering van de cardiorespiratoire en spier fitness, lichaamssamenstelling, botgezondheid, functionele gezondheid en cognitieve functie (Lee et al., 2012).

De mensheid kan natuurlijk niet meer terug naar een leven als jagers en verzamelaars. Wel kan onze huidige manier van leven zo aangepast worden dat dit beter overeenstemt met de actieve levensstijl van onze voorvaders. Volgens O’Keefe et al. (2011) betekent dit een dagelijkse energie-uitgave aan fysieke activiteit van ongeveer 800 tot 1200 kcal, ofwel het vijfvoudige van wat de moderne sedentaire volwassene momenteel aan fysieke activiteit besteedt. De manier waarop jagers en verzamelaars fysiek actief waren, wordt gekenmerkt door verschillende activiteiten die onderbroken, voor gemiddelde duur en op gemiddelde intensiteit werden uitgevoerd (O’Keefe et al., 2011). Meer concreet bevelen andere onderzoeken aan dat volwassenen ofwel 150 minuten per week matig intensief, ofwel 75 minuten per week zwaar intensief fysiek actief moeten zijn om gezondheid bevorderende resultaten te behalen (World Health Organization, 2004; O’Donovan et al., 2010).

Ondanks deze duidelijke aanbevelingen en talrijke waarschuwingen voor gezondheidsrisico’s blijkt uit onderzoek van Hallal et al. (2012) dat 31.1% van de volwassenen in 122 landen de publieke gezondheidsrichtlijnen voor het aanbevolen fysieke activiteitsniveau niet haalt. Dit betekent een zorgwekkend gezondheidsrisico voor ongeveer 1.5 miljard mensen wereldwijd. Met name in landen met een hoog inkomen zijn mensen vaker fysiek inactief vergeleken met mensen uit landen met een lager inkomen (Hallal et al., 2012).

Om hier een oplossing voor te vinden, is het belangrijk te begrijpen waarom mensen deze normen niet halen. Beighle en Morrow (2014) onderscheiden daarom drie verschillende soorten barrières. Allereerst onderscheiden zij de persoonlijke barrières, zoals een gebrek aan tijd, motivatie, energie, kennis en vertrouwen. Bij interventies om de fysieke activiteit te verhogen ligt de focus voornamelijk op deze persoonlijke barrières, omdat deze onder individuele controle vallen en dus gemakkelijker te veranderen zijn. De tweede soort barrière die zij onderscheiden zijn de omgevingsbarrières, zoals het milieu, het weer en de beschikbaarheid van faciliteiten. En als laatste kunnen ook sociale barrières, zoals socio-economische status, culturele verwachtingen en de support van familie en vrienden een verminderde fysieke activiteit veroorzaken. Onderzoek van Gallagher et al. (2013) toonde aan dat slecht weer en een gebrek aan vrije tijd het meest geassocieerd waren met minder en kortere fysieke activiteit in de vrije tijd.

Eén van deze barrières, namelijk die van een gebrek aan tijd, is op te lossen door het implementeren van fysieke activiteit in de dagelijkse routines. De aanbevolen 30 minuten matig intense fysieke activiteit per dag hoeven namelijk niet aan één stuk uitgevoerd te worden, maar mogen onderverdeeld worden in kleinere blokken (Haskell et al., 2007). De opeenstapeling van kleinere perioden van fysieke activiteit, geïmplementeerd in het dagelijks leven, leiden tot een fysiek actieve levensstijl. Dit wordt gezien als strategie om toch het aanbevolen totale niveau van fysieke activiteit te bereiken (Haskell et al., 2007; Task Force on Community Preventive Services, 2002). Het frequent nemen van de trap in plaats van de lift of roltrap is zo’n manier om een fysiek actievere levensstijl te bekomen. Het is een goedkope, weers-onafhankelijke en laagdrempelige manier van fysieke activiteit, die bovenal geen extra tijd vergt. Uit eerder onderzoek blijkt dan ook dat de meest genoemde motieven om de trap te nemen de volgende drie zijn: ‘de trap nemen bevordert mijn gezondheid’, ‘de trap nemen bevordert mijn conditie’ en ‘de trap nemen is een gratis manier om te sporten/bewegen’. De meest genoemde hindernissen zijn daarentegen: ‘de lift nemen is minder vermoeiend’, ‘de lift nemen is gemakkelijker om een gesprek te voeren of voort te zetten’, ‘de lift nemen is een gewoonte waar ik niet bij stilsta’ en ‘mijn collega’s nemen de lift’ (Demeulenaere & Voeten, 2015; Van Calster et al., 2017; Van Raemsdonck, 2016).

Onderzoek van zowel Boreham et al. (2005) als Meyer et al. (2010) toont aan dat het nemen van de trap ook daadwerkelijk leidt tot minder gezondheidsrisico’s. Boreham et al. (2005) onderzocht de trainingseffecten van acht weken traplopen bij sedentaire, maar gezonde vrouwen. Vijftien vrouwen werden verdeeld in een interventie- en een controle groep. De vrouwen in de interventiegroep liepen vijf dagen per week een trap van 199 treden, waar zij bijna twee minuten over deden. Dit werd progressief opgebouwd van eenmaal per dag in week 1 tot vijfmaal per dag, bij elkaar opgeteld in elf minuten, in week 7 en 8. In vergelijking met de controlegroep liet deze interventiegroep een significante verhoging van 17.1% in VO2max en een significante verlaging van 7.7% in LDL cholesterol zien. Ten minste elf minuten per dag traplopen in verschillende blokken leidt volgens dit onderzoek dus tot de verlaging van belangrijke cardiovasculaire risicofactoren bij sedentaire jonge vrouwen. Er moet echter wel rekening gehouden worden met het feit dat elf minuten traplopen per dag erg veel is en dit niet vergeleken kan worden met een trap opgaan van slechts enkele verdiepingen.

Meyer et al. (2010) onderzocht de resultaten van een twaalf-weken durende promotiecampagne voor trapgebruik bij 77 geselecteerde inactieve werknemers in een universitair ziekenhuis. Het trapgebruik was van gemiddeld 4.5 trappen per dag tijdens de basislijn gestegen naar 20.6 trappen tijdens de interventie. Na deze interventie van twaalf weken was ook de maximale aerobe capaciteit van de werknemers gestegen met 9.2%. Na zes maanden was het trapgebruik weer gedaald naar een gemiddelde van 7.2 trappen per dag, maar bleef de verhoogde maximale aerobe capaciteit van de werknemers nog steeds behouden (+5.9%).

Om trapgebruik te promoten worden er drie verschillende soorten interventiestrategieën toegepast. Een eerste interventiestrategie is het zichtbaar en toegankelijk maken van het trappenhuis. Zo hebben Van Nieuw-Amerongen et al. (2011) tijdens hun studie in een universiteitsgebouw alle houten deuren naar de traphal vervangen door glazen deuren en de deuren op verdieping 0 en 1 standaard open gezet. Het effect hiervan was een stijging van 8.2% in het trapgebruik van de werknemers en studenten gedurende de vier opvolgende weken. Ook de ruimtelijke kenmerken en de plaatsing van de trap in het gebouw kunnen een trap zichtbaarder en toegankelijker maken. Nicoll (2007) laat in haar studie hier het belang van inzien. Zo blijkt uit deze studie dat 53% van het trapgebruik verklaard wordt door drie variabelen: de effectieve oppervlakte van elke trap, de horizontale uitgestrektheid van het gezichtsveld van een persoon vanaf de trap, en het aantal wendingen dat vereist is voor het reizen vanuit de trap naar het meest gebruikte pad. Als laatste toont ook een studie van Grimstvedt et al. (2008) aan dat zichtbare trappen vaker gebruikt worden dan verborgen trappen.

Een tweede interventiestrategie is het aantrekkelijker maken van de omgeving van het trappenhuis. Het gebruik van kunst en muziek (Boutelle et al., 2001), interactieve schilderijen zoals kaarten, storyboards en verlanglijstjes (Swenson & Siegel, 2013) of het groen schilderen van muren en het verplaatsen van deuren (Van Nieuw-Amerongen et al., 2011) lieten significante verhogingen in het trapgebruik zien.

Als derde strategie vormt het gebruik van ‘point-of-decision’ (POD) instructies een doeltreffende interventie (Task force on community preventive services, 2002; Bellicha et al., 2015). Er bestaan twee verschillende soorten POD instructies (Grimstvedt et al., 2008). Een eerste soort zijn de motivationele instructies waarmee men gemotiveerd wordt om de trap in plaats van de lift te nemen. Door deze instructies wordt men geïnformeerd over de voordelen van het nemen van de trap. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een bord, een poster of een videoboodschap op een televisiescherm. Zo gebruikte Boen et al. (Boen et al., 2010) een bord met de slogan ‘Blijf in vorm, neem de trap’ op het keuzepunt tussen de lift en de trap en zorgde daarmee voor een significante verhoging van het trapgebruik in zowel een winkelcentrum (van 1.7 naar 11.7%) als in twee treinstations (van respectievelijk 35.2 naar 43.8%, en van 9.4 naar 27.4%). Een tweede soort POD instructies zijn directionele instructies, zodat men weet waar zich de dichtstbijzijnde trap bevindt. Voorbeelden hiervan zijn voetstappen, pijlen, of een rode loper in de richting van de trap. Demeulenaere en Voeten (2015) gebruikten een brede rode loper in de richting van de trap, waardoor het trapgebruik steeg van 14.6% tijdens de basislijn naar 19.7% na de interventie.

Maar welke interventies werken nu het beste? Volgens de overzichtsstudie van Bellicha et al. (2015) blijkt een combinatie van verschillende soorten interventies het beste resultaat te leveren. In deze systematische review toonde zij aan dat in werksettingen traplopen sterker wordt verhoogd wanneer directionele borden gecombineerd worden met motivationele borden. In een later uitgevoerde studie bleek het trapgebruik nog verder te stijgen indien deze verschillende POD instructies ook gecombineerd worden met het aantrekkelijker maken van de omgeving door middel van kleurrijke stickers (Bellicha et al., 2016). Webb en Eves (2007) suggereren daarnaast dat boodschappen met een meer specifieke omschrijving (‘exercises your heart’) meer invloed hebben dan algemene omschrijvingen (‘is free exercise’ of ‘helps to keep you active’). Verder blijkt uit onderzoek van Kerr et al. (2001) dat de zichtbaarheid en grootte van het bord van invloed zijn op het interventie effect. Het is daarom belangrijk om een grote, opvallende prompt te gebruiken.

Ook gedragsmodellering speelt een belangrijke rol in de doeltreffendheid van interventies. Chartrand et al. (1999) beschreef dit als het kameleon-effect: het onbewust nabootsen van gedragingen van iemand anders in je omgeving. Het mechanisme dat hier achter zit is de perceptie-gedrag link. Deze link beschrijft het bestaan van een natuurlijke onbewuste connectie tussen het waarnemen en het gedragen, zodat wanneer je andermans gedrag waarneemt dit automatisch de kans verhoogt om zelf ook dat gedrag uit te gaan oefenen. Dit mechanisme vindt niet enkel plaats in het geval dat je de ander kent, maar gebeurt ook bij vreemden.

Binnen interventies voor het verhogen van trapgebruik kan dit effect een belangrijke rol spelen. Adams et al. (2006) onderzochten de invloed van rolmodellen op een internationaal vliegveld in San Diego. Allereerst bekeken zij de invloed van natuurlijke rolmodellen (voorbijgangers die toevallig de trap namen) op de deelnemers. Hieruit bleek dat het trapgebruik bij mannen en vrouwen respectievelijk 102.6% (van 7.8 naar 15.8%) en 61.8% (van 5.5 naar 8.9%) steeg bij de aanwezigheid van natuurlijke rolmodellen. Vervolgens gebruikten de onderzoekers in een eerste interventie experimentele rolmodellen, acteurs die doelbewust de trap namen. Tijdens deze interventie liepen deze rolmodellen telkens per twee in het zicht van de deelnemers de trap op en af. De tweede interventie was gelijk aan de eerste interventie, echter met een belangrijke toevoeging. De experimentele rolmodellen praatten nu tegen elkaar en maakten luid genoeg opmerkingen als “Let’s take the stairs this time!”, “Let’s burn some calories!”, “It’s healthier to take the stairs” en “It’s faster to take the stairs!”. Uit de resultaten bleek dat ook de aanwezigheid van experimentele rolmodellen (acteurs) leidde tot een kleinere, maar significante verhoging van het trapgebruik ten opzichte van de basislijn.

Ook Webb et al. (2011) onderzochten dit fenomeen in een winkelcentrum in het Verenigd Koninkrijk. Zij maakten gebruik van natuurlijke rolmodellen. Alle voetgangers die de trap beklommen ≤7 seconden nadat de vorige traploper dit had gedaan, werden gerekend tot de ‘trap model’ conditie. Deze conditie werd onderverdeeld in twee condities. Van de voetgangers die 1-2 seconden achter hun voorganger liepen werd verondersteld dat dit kennissen waren. Van de voetgangers die 3-7 seconden achter hun voorganger liepen werd verondersteld dat zij vreemden waren. Alle voetgangers die de trap beklommen >60 seconden na de voorgaande trapbeklimmer werden gezien als ‘niet trap model’ conditie. Uit de resultaten bleek dat bij individuen in de ‘trap model’ conditie de kans ongeveer twee keer zo groot was de trap te nemen in vergelijking met de individuen in de ‘niet trap model’ conditie. Wanneer dit verder geanalyseerd werd, bleek dat individuen in de ‘1-2’ seconden conditie, waarschijnlijk kennissen, bijna 3.5 keer meer kans hadden de trap te nemen dan individuen in de ‘niet trap model’ conditie. Terwijl individuen in de ‘3-7’ seconden conditie, waarschijnlijk vreemden, slechts ongeveer 1.4 keer meer kans hadden de trap te nemen. Hieruit blijkt dus dat gedragsmodellering inderdaad een significante rol speelt in de interventies bij trapgebruik, waarbij deze rol groter is bij kennissen dan bij vreemden.

Volgens de Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991) zou men daarnaast in moeten spelen op de identiteit van de mensen. De theorie beschrijft dat gedrag verklaard kan worden door de intentie die iemand heeft om dat gedrag ook daadwerkelijk uit te voeren. Deze intentie wordt dan weer verklaard door drie verschillende factoren: (1) de attitude naar het gedrag toe (de houding of mening ten aanzien van het gedrag), (2) de subjectieve norm (wat men denkt dat anderen vinden van het gedrag dat je uitvoert, en het proberen zich hieraan te conformeren) en (3) de waargenomen gedragscontrole (de mate waarin iemand denkt het gedrag ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren).

Op deze tweede factor, de subjectieve norm, kan ingespeeld worden door gebruik te maken van de mate van identificatie van mensen. Onderzoek toont namelijk aan dat mensen die zich sterk identificeren met het gedrag van een bepaalde referentiegroep, eerder geneigd zijn om deze gedragingen zelf ook uit te voeren in vergelijking met mensen die zich minder identificeren met deze groep. Het is dan blijkbaar normaal om dit gedrag uit te voeren voor iemand die net zo is als jij (Terry & Hogg, 1996; Terry et al., 1999; Åstrom & Rise, 2001). Rivis en Sheeran (2003) vonden zelfs een directe relatie tussen de identificatie met prototypes en het gedrag van studenten. Uit hun resultaten bleek dat mensen die geloven dat ze gelijkend zijn aan ‘het type persoon dat aan sport doet’, vervolgens zelf significant meer aan sport doen dan mensen die denken dat ze niet gelijkend zijn aan dit prototype. Dit gold voornamelijk voor de studenten die veel mensen kennen die aan sport doen.

Binnen het onderzoek naar het promoten van trapgebruik zijn er al verschillende interventies gedaan waarbij men de identiteit van de mensen wilde matchen met de boodschap of boodschapper. Zo onderzochten Boxstaens en Maex (2012) of het matchen van de soort boodschap met de identiteit van de mensen in een bepaalde setting een grotere stijging van het trapgebruik teweegbracht. Zowel in een sportieve setting (de winkel United Brands die sportattributen verkoopt) als in een ecologische setting (het overheidsbedrijf de Scheepvaart dat zich inzet voor een duurzaam, dynamisch en commercieel beheer van de binnenvaart) voerden zij een interventie uit met twee verschillende borden. In beide settings werd allereerst een bord met een sportieve boodschap (‘Sportief? Neem dan de trap!’) geplaatst en vervolgens één met een ecologische boodschap (‘Milieubewust? Neem dan de trap!’). Hoewel zij geen significant verschil vonden tussen een match en een mismatch, was er wel een trend zichtbaar. Zo nam 15.1% in de sportieve en 53.6% in de ecologische setting de trap bij een match tussen de identiteit van de voorbijganger en de boodschap. Terwijl bij een mismatch respectievelijk 11.8 en 52.7% voor de trap koos.

Duchi en Nevejan (2013) onderzochten vervolgens of het matchen van het geslacht en de leeftijd van een prototype met het geslacht en de leeftijd van voorbijgangers het trapgebruik kon verhogen. De interventie die zij gebruikten was een gezondheidsbord (‘Blijf in vorm, neem de trap’) met bijkomend een levensgrote op karton afgebeelde voorganger op de trap (jonge man, jonge vrouw, oude man of oude vrouw). Zij vonden een significant verschil in het trapgebruik tijdens de interventie met afgebeelde modellen en een gezondheidsbord (25.9%) in vergelijking met de basismeting (15.0%). Bijkomend vonden zij een groter significant verschil in trapgebruik wanneer er een overeenkomst was in leeftijd en geslacht tussen het model en de voorbijganger (37.2%) dan wanneer er geen overeenkomst was (21.5%), met uitzondering voor de ‘oudere mannen’ groep.

Een andere theorie die het belang van identiteit benadrukt is de Sociale Identiteitstheorie (Tajfel & Turner, 1985; Haslam, 2004). Deze theorie beschrijft dat individuen zichzelf en anderen onderverdelen in verschillende sociale groepen. De groep waartoe zij behoren wordt hierbij gezien als de ‘in-groep’, alle anderen behoren tot de ‘uit-groep’. Dit heeft een invloed op hoe individuen naar anderen kijken: Behoort de ander tot zijn/haar in-groep en is hij hetzelfde als ik, of is de ander anders en behoort hij/zij tot de uit-groep? Vervolgens gaan we de leden van de in-groep als gelijkender op elkaar zien dan ze werkelijk zijn, en als verschillender van de leden van de uit-groep dan ze werkelijk zijn. Het effect hiervan is dat mensen een voorkeursbehandeling geven aan anderen wanneer zij behoren tot dezelfde in-groep. Bovendien gaat men zich meer gemotiveerd voelen om de normen van de eigen groep te volgen. Sociale identificatie verwijst dus naar de perceptie verbonden en één te zijn met een bepaalde groep mensen, waardoor je meer geneigd bent om het normgedrag van deze eigen groep te volgen. Dit kan gelinkt worden aan de eerder genoemde subjectieve norm die volgens de Theory of Planned Behaviour mede het gedrag bepaald (Ajzen, 1991). Deze subjectieve norm beschrijft het feit dat men zich probeert te conformeren aan wat men denkt dat anderen vinden van het gedrag dat je uitvoert. Wanneer je jezelf tot een bepaalde in-groep rekent, probeer je je tevens te conformeren aan het gedrag dat past binnen deze in-groep (Tajfel & Turner, 1985; Haslam, 2004).

Ashforth en Mael (1989) specificeerde dit vervolgens naar ‘organisationele identificatie’, als een specifiek vorm van groepsidentificatie. Organisationele identificatie betreft bijgevolg de perceptie verbonden en één te zijn met de organisatie waarvoor men werkt, inclusief de directe of indirecte ervaringen van de successen en mislukkingen van deze organisatie (Mael & Ashfort, 1992). Uit onderzoek blijkt dat een sterke mate van identificatie met de organisatie veel voordelen oplevert. Zo heeft onderzoek aangetoond dat de identificatie met de organisatie sterk gerelateerd is aan de betrokkenheid (Lipponen et al., 2005; Ashforth et al., 2008; Cole & Bruch, 2006) en prestatie van werknemers (Walumba et al., 2011). Daarnaast zijn werknemers die zich identificeren met het bedrijf eerder geneigd behulpzaam te zijn en de organisatie te steunen dan werknemers die zich minder identificeren (Ashforth & Mael, 1989). Als laatste leidt een sterke identificatie volgens Dutton et al. (1994) tot een hogere mate van samenwerking tussen collega’s, wat wordt veroorzaakt door een verhoging van het bovengenoemde in-groep gevoel.

Een hogere identificatie van werknemers met hun bedrijf brengt dus vele voordelen met zich mee. Daarnaast blijkt dat de opvattingen van werknemers over de steun voor gezondheidsbevordering door het leiderschap positief gerelateerd zijn aan hun eigen deelname aan gezondheidsactiviteiten, hun waargenomen werkstress niveau en gezondheidsgedrag. Een leidinggevende als rolmodel in de gezondheidspromotie blijkt dus positieve effecten te hebben op het gezondheidsgedrag van werknemers (Hoert et al., 2016). Het effect van een leidinggevende als rolmodel en de eventuele invloed die de mate van organisationele identificatie van de werknemers hierop heeft, is echter voor zover bekend nog nooit onderzocht binnen studies naar het promoten van trapgebruik. De huidige studie zal hier dan ook op inspelen en combineert bovenstaande strategieën en resultaten om zo tot nieuwe inzichten te komen. Het onderzoek heeft een tweeledige doelstelling. Ten eerste het trapgebruik laten stijgen door gedragsmodellering van een leidinggevende. Dit effect wordt getracht te bereiken door middel van twee interventies. Allereerst zal er een bord met motivationele instructie geplaatst worden op het keuzepunt van de trap en de lift. Hierop wordt de gedragsnorm van het bedrijf (i.e. ‘haal energie uit de trap’) een eerste keer aangehaald. De tweede interventie zal bestaan uit een motivationele videoboodschap welke via een intern platform onder alle werknemers wordt verspreid. Deze boodschap zal dezelfde gedragsnorm bevatten, ingesproken door een leidinggevende binnen het bedrijf. Het tweede doel is na te gaan of het trapgebruik door deze interventies meer gestimuleerd wordt bij werknemers die zich sterker identificeren met hun bedrijf in vergelijking met werknemers waarbij dit minder het geval is.

Hypothese 1 luidt als volgt: We verwachten dat na interventie 1, een bord met een motivationele instructie, het trapgebruik bij alle werknemers significant zal toenemen in vergelijking met de basislijn meting. Om een groter effect te bereiken gebruiken we hiervoor een opvallend bord met een grootte van minstens A2 formaat (Kerr et al., 2001).

Er zijn meerdere onderzoeken die aantonen dat gedragsmodellering een positief effect heeft op het trapgebruik van mensen (Adams et al., 2006; Webb et al., 2011). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Bellicha et al (2016) dat wanneer men meerdere interventies combineert, dit resulteert in een bijkomend effect. Om die redenen luidt Hypothese 2 als volgt: We verwachten dat na interventie 2, een videoboodschap ingesproken door de leidinggevende waarin trapgebruik als normgedrag voor het bedrijf wordt voorgesteld, het trapgebruik bij alle werknemers significant zal toenemen in vergelijking met het trapgebruik na interventie 1.

In overeenstemming met de Sociale Identiteitsbenadering (Tajfel & Turner, 1985; Haslam, 2004), welke verklaart waarom men eerder geneigd is om het normgedrag van de eigen groep te volgen, luidt Hypothese 3 als volgt: We verwachten dat er een grotere stijging in trapgebruik te zien is bij de werknemers die zich sterker identificeren met het bedrijf, in vergelijking met de werknemers die zich minder sterk identificeren.

**Methode**

***Setting***

Dit onderzoek vond plaats in het bedrijf Essent te ’s-Hertogenbosch (Nederland). Essent is met 2,5 miljoen klanten in de particuliere en zakelijke markt de grootste energieleverancier van Nederland. Het bedrijf levert elektriciteit, gas en andere energieproducten en zegt daarbij klimaatbescherming en energiebesparing hoog in het vaandel te hebben staan. Het kantoor in ’s-Hertogenbosch is met 1821 werknemers, waarvan er gemiddeld 1600 per dag aanwezig zijn, het hoofdkantoor van Essent. Het gebouw bestaat uit zes verdiepingen met verschillende lange vleugels. In appendix 4.A. is een plattegrond van het gebouw bijgevoegd. Op vier plekken in het gebouw zijn er liften met daarbij een trappenhuis aanwezig. Voor de trap is telkens een deur met grote ramen geplaatst. Aan het einde van elk van de vleugels bevinden zich nog eens enkele trappen. Bij de metingen van dit onderzoek wordt enkel gekeken naar de trappen en liften bij vleugel A en vleugel B/C in de kern van het gebouw, omdat dit de meest gebruikte trap/lift combinaties zijn. Op de plattegrond in appendix 4.A. zijn deze trap/lift combinaties gemarkeerd.

***Deelnemers***

De deelnemers van dit onderzoek waren de 1821 werknemers van Essent ’s-Hertogenbosch, waarvan 963 mannelijk en 858 vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar.

***Design***

Het design van deze studie wordt weergegeven in tabel 1. De metingen vonden plaats tussen 16/01/2017 en 14/03/2017 (week 3 tot en met 11). Elke maandag en dinsdag tussen 07u30 en 09u30 werd via een observator het trap- en/of liftgebruik gemeten. Allereerst werd er twee weken lang een basislijnmeting uitgevoerd. Vervolgens werd in de derde week gestart met interventie 1, een motivationeel bord op het keuzepunt tussen trap en lift, welke drie weken werd gemeten. Door verschillende omstandigheden (i.e. leidinggevende was niet beschikbaar voor het opnemen van de video; Essent ’s-Hertogenbosch volledig gesloten op maandag en dinsdag in week 9) konden er in week 8 en 9 geen metingen plaatsvinden. Hierdoor werd interventie 2, een videoboodschap waarin een leidinggevende van het bedrijf een gedragsnorm stelt voor de werknemers van het bedrijf, gestart in week 10. Deze conditie werd gedurende twee weken gemeten. Na afloop van deze metingen (op 22 maart 2017) werd bij de werknemers van het bedrijf een online enquête afgenomen. Deze enquête werd gesloten op 5 april 2017.

*Tabel 1: Samenvatting van de interventies*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Week | Periode | Interventie Essent |
| 3 | 16/01/17 – 20/01/17 | Basislijn |
| 4 | 23/01/17 – 27/01/17 | Basislijn |
| 5 | 30/01/17 – 03/02/17 | (1) Motivationeel bord keuzepunt |
| 6 | 06/02/17 – 10/02/17 | (1) Motivationeel bord keuzepunt |
| 7 | 13/02/17 – 17/02/17 | (1) Motivationeel bord keuzepunt |
| 8 | 20/02/17 – 24/02/17 | / |
| 9 | 27/02/17 – 03/03/17 | / |
| 10 | 06/03/17 – 10/03/17 | (2) Gezondheidsvideo |
| 11 | 13/03/17 – 17/03/17 | (2) Gezondheidsvideo |
| 12 – 14 | 22/03/17 – 05/04/17 | Post-enquête |

***Materiaal***

*Motivationeel bord keuzepunt (interventie 1)*

Tijdens interventie 1 werd een motivationeel bord geplaatst op het keuzepunt tussen de trap en de lift. In appendix 4.B. is het ontwerp van dit bord weergegeven. Het bord is van A1 formaat met daarop de slogan ‘haal energie uit de trap’, een plaatje van een trap en het logo van het bedrijf met daaronder de tekst ‘neem de trap in plaats van de lift’. De slogan ‘haal energie uit de trap’ verwijst naar één van de belangrijkste speerpunten van het bedrijf: energiebesparing en duurzaamheid. In appendix 4.C. en 4.D. wordt de plaatsing van de borden bij de trap/liftcombinaties in vleugel A en vleugel B/C weergegeven.

*Gezondheid promotende video (interventie 2)*

Interventie 2 was een gezondheid promotende video die op drie verschillende manieren getoond werd aan alle werknemers. Allereerst verscheen de gezondheidsvideo op vijftien verschillende TV-schermen die op verscheidene plekken in het gebouw aanwezig waren. Daarnaast werd de video naar alle werknemers verstuurd via intranet, een intern platform dat dagelijks door de werknemers wordt gebruikt. Als laatste werd de video ook via een intern communicatieprogramma naar de laptops van de werknemers verstuurd. Bij het verzenden van deze video werd geen begeleidende tekst vermeld, enkel de hoofding ‘Haal energie uit de trap’.

Wegens privacy redenen is het niet mogelijk deze video openbaar te maken. In appendix 4.E. is daarom een specifieke beschrijving van de video weergegeven. Kort geschetst zien we een werknemer van het bedrijf richting de lift lopen. De leidinggevende van het bedrijf ziet dit, loopt erachter aan en spoort de werknemer aan om de trap te nemen om verschillende redenen die te maken hebben met de identiteit van het bedrijf. Bij Essent werd hierbij de aandacht gelegd op duurzaamheid, efficiëntie en gezondheid. Vervolgens zien we beide personen samen met de trap naar boven gaan.

De leidinggevende die in deze video deelneemt is geselecteerd op basis van beschikbaarheid. Zijn functie binnen het bedrijf is directeur Consumer Operations en hij is daarbij verantwoordelijk voor alle klantenteams in de A-vleugel. Ondanks het feit dat hij officieel niet de leidinggevende is van de werknemers van de andere vleugels, is hij onder hen bekend als een directeur van het bedrijf.

*Trapgebruik meten*

Het trapgebruik werd handmatig gemeten. Elke maandag en dinsdag tussen 07:30u en 09:30u was de onderzoeker als observator aanwezig bij Essent. Enkel de dinsdagen in week 10 en 11 had een medewerkster van Essent de rol van observator op zich genomen. Bij de observaties werd het aantal mannen en vrouwen geturfd dat voor de trap en/of lift koos en werd onderscheid gemaakt tussen het stijgen of dalen. Mensen die vanwege te zware bagage en/of een lichamelijke beperking niet in staat waren om de trap te nemen werden bij deze metingen buiten beschouwing gelaten. Tijdens deze metingen werd geprobeerd zo verdekt mogelijk opgesteld te zitten, zodat de aanwezigheid van een observator de metingen niet zou beïnvloeden.

*Enquête*

De vragen van de enquête zijn weergegeven in bijlage 3.F.. Deze vragen werden naar alle werknemers verstuurd door middel van een online websurvey. In deel 1 en 2 werden een aantal algemene (werk-) gegevens bevraagd. Vervolgens werd in deel 3 de mate van identificatie van de werknemer met het bedrijf getoetst aan de hand van een 5-punts schaal. Hierin stonden acht stellingen als ‘ik voel me erg verbonden met [naam van bedrijf]’ en ‘ik ben er trots op om voor [naam van het bedrijf] te werken’ waarop een score van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord) gegeven moest worden.

Deel 4 bevroeg de subjectieve mate van trapgebruik van de werknemers, waarin onder andere gevraagd werd naar hoe vaak men de trap neemt en tot welke verdieping men bereid is de trap te nemen.

Door middel van een 22-tal stellingen werd in deel 5 naar de motieven en hindernissen van trapgebruik gepeild. Deze stellingen zijn afkomstig uit eerdere vragenlijsten in de studies van Demeulenaere en Voeten (2015), Van Calster et al. (2017) en Van Raemdonck (2016). Op elk van deze stellingen werd een score gegeven van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor ‘helemaal niet van toepassing’ en 10 voor ‘heel erg van toepassing’. Door middel van deze stellingen werd gepeild wat de invloed is van onder andere het weer, de gezondheid en de mate waarin men trapgebruik een norm vindt binnen het bedrijf op het trap- en/of liftgebruik van de werknemers. In deel 6 werd gevraagd naar de invloed van de interventies op het trapgebruik. Werd het trapgebruik gewijzigd door de verschillende interventies en hoe kwam dit? Als laatste werd in deel 7 de algemene fysieke activiteit van de werknemers gemeten door middel van de Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (Godin & Shephard, 1985).

***Statistische analyses***

Om het verschil in trapgebruik tijdens de verschillende interventies te bepalen, werd gebruik gemaakt van de χ2-test. Ook het verschil tussen mannen en vrouwen en tussen vleugel A en vleugel B/C werd via de χ2-test bepaald. Voor de verwerking van de enquête werd gebruik gemaakt van SPSS statistics 24.0 (IBM corporation, NY, USA). Hierbij werd door middel van de Cronbach’s alpha test de betrouwbaarheid van de identificatieschaal bepaald. Daarnaast werden lineaire regressies uitgevoerd om te bepalen of er een verband was tussen de mate van identificatie van de werknemers en de invloeden van de verschillende interventies. Als laatste werd met behulp van de ongepaarde t-test bepaald of er een significant verschil was wat betreft motieven en hindernissen tussen vleugel A en vleugel B/C, tussen mannen en vrouwen, en tussen werknemers van hoge en lage verdiepingen.

**Resultaten**

***Basislijn***

Tijdens de basislijnmetingen bedroeg het stijgende trapgebruik 28.31% (*N* = 1088). Ondanks dat tijdens de metingen ook het dalende trapgebruik werd geobserveerd, zullen we ons in deze studie enkel focussen op het stijgende trapgebruik. Hiervoor is gekozen omdat de interventies en daarmee ook de hypothesen in deze studie voornamelijk gericht waren op het stijgende trapgebruik. Daarnaast vonden de metingen telkens plaats in de ochtend, waarbij werknemers voornamelijk de trap naar boven nemen en er dus relatief veel minder metingen over het dalende trapgebruik beschikbaar zijn. Meer informatie over het dalende trapgebruik is weergegeven in appendices 5.A., 5.B en 5.C..

Daarnaast bleek er een significant verband te zijn tussen het stijgende trapgebruik en het geslacht. Tijdens de basislijnmetingen maakten 36.98% van de mannen gebruik van de trap, in tegenstelling tot hun vrouwelijke collega’s waar slechts 18.55% de trap boven de lift verkoos, χ2 (1, *N*=1088) = 45.34, *p* <.001. Daarom zal ook hierin gedifferentieerd worden bij het verwerken van de resultaten.

Wegens de verschillende meetdagen in beide vleugels en het feit dat de leidinggevende die participeert in de gezondheidsvideo voornamelijk verantwoordelijk is voor de werknemers van de A-vleugel, differentiëren we als laatste tussen de twee verschillende vleugels. Ondanks dat er tijdens de basislijn tussen vleugel A en vleugel B/C geen significant verschil in trapgebruik werd gevonden (i.e. 26.73% vs. 30.53%), constateren we wel een licht verhoogd trapgebruik in vleugel B/C, *χ2* (1, *N*=1088) = 1.88, *p* = .170.

***Interventie 1***

In lijn met hypothese 1 werd tijdens interventie 1 een gemiddelde significante stijging in het trapgebruik gevonden van 9.12% (zie tabel 2). Er kan dus geconcludeerd worden dat interventie 1 een positief effect had op het trapgebruik.

*Tabel 2: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik, basislijn en interventie 1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Stijgend trapgebruik | | |
| Interventie | *N* | *%* | *χ2* |
| Basislijn | 1088 | 28.31 | 23.71\*\*\* |
| Interventie 1 | 1528 | 37.43 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | |

*Geslacht*

Wanneer het effect van interventie 1 op trapgebruik apart wordt bekeken voor geslacht, zien we bij zowel de mannelijke werknemers als de vrouwelijke werknemers een significante stijging van het trapgebruik (i.e. +9.15% vs. +7.54%). Tabel 3 geeft deze resultaten weer.

*Tabel 3: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik per geslacht, basislijn en interventie 1*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mannen | | | Vrouwen | | |
| Interventie | *N* | *%* | *χ2* | *N* | *%* | *χ2* |
| Basislijn | 576 | 36.98 | 11.84\*\*\* | 512 | 18.55 | 9.33\*\*\* |
| Interventie 1 | 865 | 46.13 | 663 | 26.98 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | |

*Vleugel*

Als laatste differentiëren we in tabel 4 tussen de werknemers van de verschillende vleugels. In vleugel A resulteerde interventie 1 in een significante stijging van het trapgebruik van 8.16%. In vleugel B/C constateren we tevens een significante stijging van het trapgebruik van 9.99%.

*Tabel 4: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik per vleugel, basislijn en interventie 1*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vleugel A | | | Vleugel B/C | | |
| Interventie | | *N* | *%* | *χ2* | *N* | *%* | *χ2* |
| Basislijn | | 636 | 26.73 | 11.17\*\*\* | 452 | 30.53 | 11.76\*\*\* |
| Interventie 1 | | 837 | 34.89 | 691 | 40.52 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | |

*Besluit interventie 1*

Hypothese 1 werd bevestigd. Meer concreet zorgde het motivationele bord op het keuzepunt tussen trap en lift voor een significante stijging van het stijgende trapgebruik ten opzichte van de basislijn. Dit effect was zichtbaar voor zowel mannen als vrouwen en voor zowel de werknemers van vleugel A als van vleugel B/C.

***Interventie 2***

Als resultaat van interventie 2 zagen we een significante stijging van 4.39% in trapgebruik ten opzichte van de metingen gedurende interventie 1 (zie tabel 5). In overeenstemming met hypothese 2, resulteerde interventie 2 dus in een positief effect op het trapgebruik.

*Tabel 5: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Stijgend trapgebruik | | |
| Interventie | *N* | *%* | *χ2* |
| Interventie 1 | 1528 | 37.43 | 4.44\* |
| Interventie 2 | 814 | 41.89 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | |

*Geslacht*

Interventie 2 blijkt op het stijgende trapgebruik van zowel de mannelijke als vrouwelijke collega’s bijna hetzelfde effect te hebben. De resultaten in tabel 6 weergeven dat voor beide groepen een niet-significante stijging van respectievelijk 5.78% en 5.22% is gemeten, *χ2* (1, *N* = 1283) = 3.78, *p* = .052 en *χ2* (1, *N* = 1059) = 3,45, *p* = .067. Ondanks dat interventie 2 dus geen significant effect had op het trapgebruik van mannen en vrouwen apart ten opzicht van interventie 1, werd er wel een positieve trend in die richting opgemerkt bij beide geslachten.

*Tabel 6: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik per geslacht, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Mannen | | | Vrouwen | | |
| Interventie | | *N* | *%* | *χ2* | *N* | *%* | *χ2* |
| Interventie 1 | | 865 | 46.13 | 3.78 | 663 | 26.09 | 3.45 |
| Interventie 2 | | 418 | 51.91 | 396 | 31.31 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | |

*Vleugel*

Wanneer we differentiëren per vleugel, blijkt het bijkomende positieve effect van interventie 2 enkel nog zichtbaar in vleugel B/C. Zoals weergegeven in tabel 7 stijg het trapgebruik hier significant van 40.52 naar 56.11%. Bij vleugel A zien we met een stijging van 1.70% in trapgebruik ten opzichte van interventie 1 slechts een kleine trend in positieve richting, *χ2* (1, *N* = 1430) = 0.4412, *p* = .51.

*Tabel 7: Percentages en Chi-kwadraat van stijgend trapgebruik per vleugel, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vleugel A | | | Vleugel B/C | | |
| Interventie | | *N* | *%* | *χ2* | *N* | *%* | *χ2* |
| Interventie 1 | | 837 | 34.89 | 0.44 | 691 | 40.52 | 16.49\*\*\* |
| Interventie 2 | | 593 | 36.59 | 221 | 56.11 |
| \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | |

*Besluit interventie 2*

Hypothese 2 werd over het algemeen bevestigd. Meer concreet zorgde de door een leidinggevende ingesproken gezondheidsvideo voor een significante stijging van het stijgende trapgebruik ten opzichte van interventie 1. Wanneer er echter gedifferentieerd werd in geslacht zagen we geen significant effect meer op het trapgebruik, en was er enkel nog een trend in positieve richting zichtbaar. Interventie 2 bleek daarnaast enkel een significant effect op vleugel B/C te hebben, en slechts een trend in positieve richting in vleugel A.

***Enquête***

In dit deel worden de resultaten van de verschillende delen van de enquête besproken. Er werd een responsgraad behaald van 9.2% (167/1821).

*Zelf-gerapporteerde mate van trapgebruik*

Tabel 8 geeft een weergave van het zelf-gerapporteerde trapgebruik. Hieruit blijkt dat de werknemers van Essent zichzelf hoger inschatten dan het daadwerkelijk gemeten trapgebruik. Waar men in de enquête aangeeft gemiddeld in 56.1% van de gevallen de trap te gebruiken om ’s ochtends naar de werkplek te gaan, blijkt dit in werkelijkheid slechts in gemiddeld 28.31, 37.43 en 41.89% van de gevallen zo te zijn (i.e. basislijn, interventie 1 en interventie 2). Als laatste menen de werknemers dat hun trapgebruik de laatste 2 maanden (gedurende de interventie-periode) sterker is toegenomen dan het werkelijk gestegen percentage (i.e. 27.2% ten opzichte van 13.58%).

*Tabel 8: Overzicht zelf-gerapporteerde mate van trapgebruik*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *M* | *SD* |
| 1. Hoe vaak neem je ’s morgens de trap bij Essent om naar je werkplek te gaan?  (0 = nooit; 10 = altijd) | 5.61  (n = 166) | 4.10 |
| 2. Hoe vaak neem je ’s middags de trap bij Essent om naar je werkplek te gaan?  (0 = nooit; 10 = altijd) | 6.29  (n = 163) | 3.73 |
| 3. Hoe vaak neem je de trap naar beneden?  (0 = nooit; 10 = altijd) | 7.51  (n = 166) | 3.15 |
| 4. Is jouw trapgebruik de laatste twee maanden toegenomen?  (0 = helemaal niet; 10 = heel sterk) | 2.72  (n = 165) | 3.11 |
| 5. Tot welke verdieping zou je bereid zijn de trap te nemen  (verdieping 1 tot 6) | 3.91  (n = 163) | 1.49 |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie | | |

*Zelf-gerapporteerde invloed van de interventies*

Volgens de werknemers zelf hebben de interventies over het algemeen slechts een zeer kleine invloed gehad. Deze scores worden weergegeven in tabel 9. Gezien de objectieve stijging in het trapgebruik werden deze lage scores niet verwacht. De stellingen ‘het nemen van de tap in plaats van de lift is een norm binnen dit bedrijf’ en ‘het feit dat een leidinggevende de video insprak had een invloed op mijn trapgebruik’ behaalden respectievelijk een score van 3.61 en 1.53, wat aangeeft dat men het hier over het algemeen eerder niet mee eens is dan wel mee eens. Ten slotte werd ook op de vraag of deze interventies invloed hebben op het toekomstige trapgebruik een gemiddelde lage score van 3.27 gegeven.

*Tabel 9: Overzicht zelf-gerapporteerde invloed van de interventies*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *M* | *SD* |
| 1. Hoe sterk is jouw trapgebruik veranderd door interventie 1: een motivationeel bord op het keuzepunt  (-5 = sterk verminderd; 5 = sterk toegenomen) | .35  (n = 164) | 1.47 |
| 2. Hoe sterk is jouw trapgebruik veranderd door interventie 2: de gezondheidsvideo?  (-5 = sterk verminderd; 5 = sterk toegenomen) | -.02  (n = 165) | 1.23 |
| 3. Het feit dat een leidinggevende de video insprak, had een invloed op mijn trapgebruik  (0 = helemaal niet mee eens; 10 = helemaal mee eens) | 1.53  (*n* = 165) | 1.97 |
| 4. Trapgebruik is een norm binnen het bedrijf  (0 = helemaal niet mee eens; 10 = helemaal mee eens) | 3.61  (n = 163) | 2.32 |
| 5. Hebben deze interventies invloed op jouw toekomstige trapgebruik?  (0 = zeer onwaarschijnlijk; 10 = zeer waarschijnlijk) | 3.27  (n = 165) | 2.97 |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie | | |

*Mate van identificatie met het bedrijf*

Een ander belangrijk deel van de enquête was het bepalen van de mate van identificatie van de werknemers met het bedrijf. Bij 8 verschillende stellingen (zie appendix 4.F., deel 3) werd gevraagd een score te geven tussen 1 (helemaal niet akkoord) en 5 (helemaal akkoord). Hier werd een Cronbach’s alfa van .86 voor vastgesteld, wat aangeeft dat deze schaal zeer betrouwbaar is. Alle items konden daarbij behouden worden. De gemiddelde mate van identificatie van alle werknemers die de enquête hebben ingevuld bedroeg 3.38 (*n* = 165; *SD* = 0.64), wat een ‘mate van identificatie’ van net boven het middelpunt (3) inhoudt.

Met een gemiddelde score van respectievelijk 3.39 (*n* = 93; *SD* = 0.67) en 3.38 (*n* = 72; *SD* = 0.60) is geen significant verschil in de mate van identificatie tussen mannen en vrouwen te zien, *t* = -.052, *p* = .995. Ook tussen de werknemers van vleugel A en vleugel B/C is met scores van respectievelijk 3.51 (*n* = 52; *SD* = .661) en 3.30 (*n* = 33; *SD* = .759) wat betreft identificatie met het bedrijf geen significant verschil geconstateerd, *t* = 1.364, *p* = .176.

*Modererende rol van identificatie met het bedrijf op de invloed van de verschillende interventies*

Om te bepalen of er een modererende rol van de identificatie met het bedrijf bestaat op de invloeden van de interventies, werden verschillende regressies uitgevoerd. Voor elke regressie werd een model geschat waarin de afhankelijke variabele voorspeld werd op basis van verschillende predictoren. In model 1 waren dit persoonlijke factoren (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau). In model 2 werd de omgevingsfactor ‘verdieping werkzaam’ toegevoegd. In model 3 werd ten slotte de mate van identificatie met het bedrijf als predictor toegevoegd.

Zoals in tabel 10 is weergegeven blijkt dit regressiemodel tegen de verwachtingen in geen significante voorspeller te zijn voor de zelf-gerapporteerde stijging van het trapgebruik (*R²* = .066, *p* = .054). Wel is het regressiemodel significant bruikbaar om de verwachte invloed op het toekomstige trapgebruik te voorspellen. Deze voorspelling is echter vrij laag: 8.4% van de variantie geassocieerd met de verwachte invloed op het toekomstige trapgebruik wordt verklaard door een combinatie van de predictoren. De mate van identificatie levert daarbij een onafhankelijke significante bijdrage aan de voorspelling van zowel de zelf-gerapporteerde stijging van het trapgebruik (*ß* = .211, p < .01) als de verwachte invloed op het toekomstig trapgebruik (*ß* = .332, p < .01). Daarnaast resulteert het toevoegen van de mate van identificatie als predictor in beide gevallen tot een significant hoger percentage verklaarde variantie dan in het model waar deze predictor nog niet is toegevoegd (zie appendices 6.A. en 6.B.).

*Tabel 10. Regressiemodel coëfficiënten voor zelf-gerapporteerde stijging trapgebruik en verwachte invloed van de interventies op het toekomstig trapgebruik*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerde stijging trapgebruik | | | Verwachte invloed toekomstig trapgebruik | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | .670 | 1.510 |  | .096 | 1.301 |  |
| Leeftijd | -.072 | .243 | -.024 | -.286 | .210 | -.108 |
| Geslacht | -.603 | .486 | -.097 | -.061 | .420 | -.011 |
| Opleidingsniveau | -.326 | .601 | -.042 | -.124 | .518 | -.018 |
| Verdieping werkzaam | -.207 | .163 | -.098 | -.025 | .142 | -.013 |
| Mate van identificatie | 1.026\*\* | .385 | .211 | 1.245\*\*\* | .332 | .295 |
| *R2* | .066 | | | .084\* | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | |

Wanneer we een onderscheid maken tussen de invloed van de twee verschillende interventies zien we dat enkel de zelf-gerapporteerde invloed van het motivationeel bord op het keuzepunt significant verklaard kan worden door de predictoren uit het regressiemodel (zie tabel 11). Meer specifiek wordt 6.9% van de variantie in de zelf-gerapporteerde invloed van het bord op het keuzepunt bepaald door de predictoren leeftijd, geslacht, opleidingniveau, verdieping werkzaam en de mate van identificatie. De mate van identificatie heeft daarbij een significante bijdrage aan deze voorspelling (*ß* = .242, *p* < .01). Ondanks dat dit model de zelf-gerapporteerde invloed van de gezondheidsvideo niet significant verklaart (*R²* = .065, *p* = .057), constateren we wel dat de mate van identificatie significant bijdraagt aan de voorspelling (*ß* = .223, *p* < .01). Ten slotte blijkt ook dat bij deze twee afhankelijke variabelen het percentage verklaarde variantie significant steeg bij het toevoegen van de mate van identificatie als predictor (zie appendices 6.C. en 6.D.).

*Tabel 11. Regressiemodel coëfficiënten voor zelf-gerapporteerde invloed van interventie 1 en 2*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerde invloed  motivationeel bord | | | Zelf-gerapporteerde invloed gezondheidsvideo | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | -1.037 | .718 |  | -1.678\*\* | .599 |  |
| Leeftijd | -.209 | .116 | -.145 | -.095 | .097 | -.079 |
| Geslacht | .194 | .232 | .065 | .187 | .193 | .076 |
| Opleidingsniveau | .142 | .290 | .038 | .217 | .239 | .071 |
| Verdieping werkzaam | -.036 | .078 | -.035 | .067 | .065 | .079 |
| Mate van identificatie | .559\*\* | .184 | .242 | .429\*\* | .153 | .223 |
| *R2* | .069\* | | | .065 | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | |

Vervolgens werd geconstateerd dat ook de score op het motief ‘trapgebruik is een norm binnen het bedrijf’ significant verklaard kon worden door dit regressiemodel (zie tabel 12). Meer specifiek verklaarden de predictoren 12.7% van de variantie in de score op dat motief. Ook in dit geval droeg de mate van identificatie weer significant bij aan deze voorspelling (*ß* = .288, *p* < .001), en resulteerde het toevoegen van de mate van identificatie als predictor aan het model in een significante stijging van het percentage verklaarde variantie (zie appendix 6.F.). Er blijkt geen relatie te bestaan tussen de mate van identificatie en de invloed van het feit dat de leidinggevende de video insprak (*R²* = .035, *p* = .347). Zowel de totale verklaarde variantie door alle predictoren als de onafhankelijke bijdrage van de mate van identificatie als predictor blijken niet significant. Ook leidde de toevoeging van de predictor ‘mate van identificatie’ niet tot een significante stijging van het percentage verklaarde variantie ten opzichte van het model waarin deze predictor niet is opgenomen (zie appendix 6.E.).

*Tabel 12. Regressiemodel coëfficiënten voor invloed leidinggevende en score op motief ‘trapgebruik is een norm binnen het bedrijf’*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Invloed feit dat leidinggevende video insprak | | | Score op motief: ‘trapgebruik is norm binnen het bedrijf’ | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | .093 | .977 |  | -1.617 | 1.139 |  |
| Leeftijd | -.220 | .158 | -.114 | .190 | .368 | -.149 |
| Geslacht | .223 | .315 | .056 | -.724 | .184 | .081 |
| Opleidingsniveau | .091 | .389 | .019 | .343 | .457 | .057 |
| Verdieping werkzaam | .081 | .107 | .060 | -.133 | .124 | -0.81 |
| Mate van identificatie | .486 | .249 | .157 | 1.078\*\*\* | .290 | .288 |
| *R2* | .035 | | | .127\*\* | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | |

Door middel van hetzelfde regressiemodel werd getracht de zelf-gerapporteerde mate van trapgebruik te voorspellen. Uit tabel 13 blijkt dat een combinatie van de predictoren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, verdieping werkzaam en de mate van identificatie significante voorspellers zijn voor het zelf-gerapporteerde trapgebruik. Meer specifiek wordt 11.6% van het zelf-gerapporteerde stijgende trapgebruik ’s ochtends, 12.3% van het zelf-gerapporteerde stijgende trapgebruik ’s middags en 13.5% van het zelf-gerapporteerde dalende trapgebruik door dit model verklaard. In alle drie de gevallen dragen het opleidingsniveau en de verdieping waarop men werkzaam is significant bij aan deze voorspelling. Concreet geven hoger opgeleiden en mensen die op lagere verdiepingen werken vaker aan de trap te gebruiken dan lager opgeleiden en mensen die op hogere verdiepingen werken. De mate van identificatie levert geen significante bijdrage aan de voorspelling van het zelf-gerapporteerde trapgebruik. Appendices 6.G., 6.H. en 6.I. weergeven de resultaten gedetailleerd, waaruit blijkt dat na het toevoegen van de predictor ‘verdieping werkzaam’ (i.e. in model 2) het percentage verklaarde variantie van alle drie de afhankelijke variabelen significant stijgt ten opzichte van model 1.

*Tabel 13. Regressiemodel coëfficiënten voor zelf-gerapporteerde trapgebruik.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik  (’s ochtends) | | | Zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik  (’s middags) | | | | Zelf-gerapporteerd dalend trapgebruik | | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | |
| Constante | 7.725  \*\*\* | 1.935 |  | | 8.371  \*\*\* | 1.768 |  | | 8.575  \*\*\* | 1.475 |  | |
| Leeftijd | .169 | .312 | .042 | | .297 | .290 | .081 | | .218 | .238 | .071 | |
| Geslacht | -.240 | .622 | -.029 | | -.825 | .571 | -.110 | | -.234 | .474 | -.037 | |
| Opleidings-niveau | 1.932\* | .771 | .190 | | 1.762\* | .711 | .189 | | 1.450\* | .587 | .185 | |
| Verdieping werkzaam | -.829  \*\*\* | .209 | -.298 | | -.774  \*\*\* | .194 | -.302 | | -.719  \*\*\* | .159 | -.335 | |
| Mate van identificatie | -.424 | .494 | -.066 | | -.455 | .455 | -.078 | | -.158 | .376 | -.032 | |
| *R2* | .116\*\* | | | .123\*\* | | | | .135\*\*\* | | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | | |

*Motieven en hindernissen*

Tot slot worden in tabel 14 de beweegredenen voor de werknemers van Essent weergegeven waarom zij al dan niet kiezen voor de trap. Voor in totaal 22 stellingen werd gevraagd een score te geven tussen 0 (helemaal niet van toepassing) tot 10 (helemaal van toepassing). Het voornaamste motief blijkt ‘de trap nemen bevordert mijn gezondheid’ te zijn. Opvallend in deze resultaten zijn de lage scores voor de stellingen ‘het nemen van de trap wordt binnen dit bedrijf aangemoedigd’, ‘de trap nemen is duurzaam’ en ‘het nemen van de trap is een norm binnen dit bedrijf’. Juist op deze stellingen hadden we in deze studie een hogere score verwacht, omdat hier tijdens de interventies de aandacht op gevestigd werd. De voornaamste hindernis om de trap te nemen blijkt ‘omdat mijn collega’s de lift nemen’ te zijn.

*Tabel 14: Overzicht motieven en hindernissen trapgebruik*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Motieven  Als ik de trap **wel** neem bij Essent, dan doe ik dat omdat … | |  | Hindernissen  Als ik de trap **niet** neem bij Essent dan doe ik dat omdat … | |
|  |  | *M* |  |  | *M* |
| 1. | De trap nemen mijn gezondheid bevordert | 7.13  (n = 165; SD = 2.966) |  | Mijn collega’s de lift nemen | 4.56  (n = 161; SD = 3.152) |
| 2. | De trap nemen mijn conditie verbetert | 6.56  (n = 163; SD = 3.119) |  | De lift nemen minder vermoeiend is | 4.21  (n = 161; SD = 3.407) |
| 3. | De trap nemen een gratis mogelijkheid is om te bewegen/sporten | 5.70  (n = 161; SD = 3.502) |  | De lift nemen  gemakkelijker is om een gesprek te voeren of voort te zetten | 3.74  (n = 159; SD = 3.353) |
| 4. | De trap nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 5.20  (n = 163; SD = 3.379) |  | De lift nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 3.09  (n = 158; SD = 3.308) |
| 5. | De trap nemen sneller is | 5.18  (n = 165; SD = 3.185) |  | Ik al voldoende fysiek actief ben | 3.04  (n = 158; SD = 3.439) |
| 6. | De trap nemen voor gewichtsverlies zorgt | 4.78  (n = 161; SD = 3.344) |  | Ik vaak zware lasten moet dragen | 2.84  (n = 160; SD = 3.363) |
| 7. | Mijn collega’s de trap nemen | 3.94  (n = 162; SD = 3.037) |  | Ik erg moet zweten bij het nemen van de trap | 1.85  (n = 159; SD = 2.499) |
| 8. | Het nemen van de trap binnen dit bedrijf wordt aangemoedigd | 3.32  (n = 163; SD = 3.018) |  | Het weer mij beïnvloedt om de lift te nemen (bv. te nat, te koud, te warm) | 1.56  (n = 160; SD = 2.586) |
| 9. | De trap nemen duurzamer is | 2.72  (n = 163; SD = 3.349) |  | Ik onvoldoende conditie heb om de trap te nemen | 1.53  (n = 159; SD = 2.252) |
| 10. | Het nemen van de trap een norm is binnen dit bedrijf: het nemen van de trap is een gedrag dat past binnen dit bedrijf | 2.04  (n = 162; SD = 2.407) |  | Ik een medische aandoening heb die mij verhindert de trap te nemen | 0.99  (n = 158; SD = 2.320) |
| 11. | De lift mij angst bezorgt (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …) | 0.33  (n = 162; SD = 1.020) |  | Ik de trap nemen gevaarlijk vind (bv. om te vallen) | 0.73  (n = 157; SD = 1.749) |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing | | | | | |

Wanneer er gedifferentieerd wordt naar geslacht, blijkt dat vrouwen significant een hogere score geven voor motief 2 (‘de trap nemen verbetert mijn conditie’), motief 6 (‘de trap nemen zorgt voor gewichtsverlies’) en motief 11 (‘De lift bezorgt mij angst (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …’). Ook wat betreft hindernissen scoren zij significant hoger voor hindernis 6 (‘Ik moet vaak zware lasten dragen’) en hindernis 9 (‘Ik heb onvoldoende conditie om de trap te nemen’). De volledige resultaten waarin gedifferentieerd wordt naar geslacht zijn opgenomen in Appendices 6.J. en 6.M..

Ook bij het onderscheid tussen lage verdiepingen en hoge verdiepingen blijken er significante verschillen te bestaan wat betreft beweegredenen voor trapgebruik. Werknemers van de lage verdiepingen geven de motieven 4 (‘De trap nemen is een gewoonte waar ik niet bij stil sta’) en 5 (‘De trap nemen is sneller’) een significant hogere gemiddelde score. Daarentegen achten de werknemers van de hogere verdiepingen hindernis 2 (‘De lift nemen is minder vermoeiend’) significant als belangrijker. Appendices 6.K. en 6.N. geven hier de volledige resultaten van weer.

Tussen vleugel A en vleugel B/C vinden we ten slotte geen significante verschillen in beweegredenen voor het trapgebruik ( zie appendices 6.L. en 6.O.).

*Besluit enquête*

Hypothese 3 werd niet volledig bevestigd. Meer concreet gaven de werknemers die zich meer identificeren met Essent over het algemeen niet significant aan dat hun trapgebruik de afgelopen twee maanden sterker gestegen is dan werknemers die zich in mindere mate identificeren met Essent. Wel verklaarde het regressiemodel met daarin de predictoren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, verdieping werkzaam en de mate van identificatie met het bedrijf significant 6.9% van de variantie in de zelf-gerapporteerde invloed van het bord op het keuzepunt, 8.4% van de invloed op het toekomstige trapgebruik en 12.7% van de mate waarin men het eens is met de stelling dat trapgebruik een norm is binnen het bedrijf. In alle drie de gevallen bleek daarnaast dat, gestandaardiseerd voor de andere predictoren, de mate van identificatie ook een significante onafhankelijke voorspeller was voor deze variabelen. Hypothese 3 werd dus enkel bevestigd voor de invloed van het bord op het keuzepunt en de toekomstige invloed van de interventies, echter niet voor de invloed van de gezondheidsvideo. Deze resultaten wijzen er op dat de mate van identificatie weldegelijk een effect kan hebben op de invloed van interventies wat betreft de promotie van trapgebruik.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat de verdieping waarop men werkt 11.6% tot 13.5% van de variantie in het trapgebruik bepaalt. Ook blijken de subjectieve mate van trapgebruik en de subjectieve invloed van de interventies erg verschillend te zijn van de objectieve metingen.

**Discussie**

Het doel van deze studie was tweeledig: (1) het trapgebruik laten stijgen door gedragsmodellering van een leidinggevende, en (2) nagaan of het trapgebruik door deze interventies meer gestimuleerd wordt bij werknemers die zich sterker identificeren met hun bedrijf in vergelijking met werknemers waarbij dit minder het geval is. Het eerste doel werd getracht te bereiken door middel van twee interventies. Allereerst werd er een bord met motivationele instructie geplaatst op het keuzepunt van de trap en de lift. Hierop werd de gedragsnorm van het bedrijf (i.e. ‘haal energie uit de trap’) een eerste keer aangehaald. De tweede interventie bestond uit een motivationele videoboodschap welke via een intern platform onder alle werknemers werd verspreid. Deze boodschap bevatte de gedragsnorm die in dit geval werd ingesproken door een leidinggevende binnen het bedrijf. Om het tweede doel te bereiken werd tot slot een enquête afgenomen om onder andere de mate van identificatie van de werknemers en hun zelf-gerapporteerde trapgebruik te bepalen.

In lijn met Hypothese 1 zorgde het motivationele bord op het keuzepunt tussen trap en lift voor een significante stijging (+9.1%) van het stijgende trapgebruik ten opzichte van de basislijn. Dit effect trad zowel op bij mannen als bij vrouwen en bij zowel de werknemers van vleugel A als bij de werknemers van vleugel B/C.

Dit percentage is vergelijkbaar met resultaten uit eerdere studies, waar gebruik werd gemaakt van andere designs voor het bord. Zo gebruikte men in de studie van Vanden Auweele et al. (2005) een bord met daarop een afbeelding van een trap en daarboven de woorden ‘fit en gezond’ en onder de afbeelding de woorden ‘ik neem de trap’. Dit resulteerde in een stijging van 69% tijdens de basislijn tot 77% na de interventie. In de studie van Boen et al. (2010) werd een afbeelding gebruikt van een trap met daarop een persoon en de woorden ‘blijf in vorm, neem de trap’, met als resultaat een stijging van 1.7 tot 11.7% trapgebruik in een winkelcentrum en een stijging van 35.2 tot 46.8% in een station.

Hypothese 2 werd gedeeltelijk bevestigd. Enkel in vleugel B/C zorgde de door een leidinggevende ingesproken gezondheidsvideo voor een significante stijging (+15.6%) van het stijgende trapgebruik ten opzichte van enkel een motivationeel bord. In vleugel A zagen we geen significante stijging (+1.7%).

Het is echter belangrijk om hierbij te vermelden dat werknemers lieten blijken dat zij het over het algemeen niet eens waren met de stelling dat het feit dat een leidinggevende de video insprak, een invloed had op hun trapgebruik. We kunnen daarom niet met zekerheid zeggen of het effect in vleugel B/C veroorzaakt werd door de invloed van een leidinggevende als rolmodel, of dat dit effect het gevolg was van de video in het algemeen. Verder onderzoek is noodzakelijk om dit met zekerheid te kunnen bepalen.

Dat deze bijkomende video-interventie geen effect heeft gehad in vleugel A kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de gezondheidsvideo tijdens deze studie niet getoond werd op het keuzepunt tussen de trap en de lift. Werknemers werden enkel via hun laptop of via TV-schermen elders in het gebouw aan de videoboodschap blootgesteld. Met deze video-interventie werd getracht gedragsmodellering door een leidinggevende te bekomen. Chartrand et al. (1999) beschrijft gedragsmodellering echter als het kameleon-effect, waarbij men onbewust het gedrag nabootst van iemand anders in je omgeving. Er zou namelijk een natuurlijke onbewuste connectie bestaat tussen het waarnemen en het gedragen, zodat wanneer je andermans gedrag waarneemt, dit automatische de kans verhoog om zelf ook dat gedrag uit te oefenen. Eventueel zou men direct na het zien van de video daarom wel de intentie hebben gehad het gedrag uit te voeren, maar resulteerde dit bij het daadwerkelijke keuzemoment op een later tijdstip niet meer tot het gewenste gedrag. Deze mogelijke verklaring komt overeen met de resultaten uit de studie van Van Calster et al. (2017), waar de gezondheidsvideo geen significant effect bleek te hebben wanneer deze enkel via mail naar de werknemers werd verspreid. Pas op het moment dat deze video ook op TV-schermen op het keuzepunt werd getoond, constateerden deze auteurs een significante stijging (gemiddeld +12.5%) in trapgebruik.

Ook Hypothese 3 werd gedeeltelijk bevestigd. Meer specifiek was de mate van organisationele identificatie van werknemers een significante onafhankelijke voorspeller voor de (zelf-gerapporteerde) invloed van het bord op het trapgebruik. Hierbij is gecontroleerd voor de predictoren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en verdieping waarop men werkzaam is. Alle predictoren samen verklaarden daarbij significant 6.9% van de variantie in de zelf-gerapporteerde invloed van het bord op het trapgebruik. Hoe sterker een werknemer zich identificeerde met Essent, hoe groter de kans dus was dat deze interventie effect had op zijn/haar (zelf-gerapporteerde) trapgebruik. Dit modererende effect was niet zichtbaar op de zelf-gerapporteerde invloed van de gezondheidsvideo. Het feit dat de mate van organisationele identificatie een invloed had op het effect van het motivationele bord op het trapgebruik is in overeenstemming met de Sociale Identiteitsbenadering (Tajfel & Turner, 1985; Haslam, 2004). Volgens deze benadering verdelen individuen zichzelf en anderen onder in verschillende sociale groepen. De groep waartoe men zelf behoort wordt hierbij gezien als de ‘in-groep’, alle anderen behoren tot de ‘uit-groep’. Vervolgens gaat men de leden van de in-groep als gelijkender op elkaar zien dan ze werkelijk zijn, en als verschillender van de leden van de uit-groep dan ze werkelijk zijn. Het effect hiervan is dat mensen een voorkeursbehandeling geven aan anderen wanneer zij behoren tot dezelfde in-groep. Bovendien gaat men zich meer gemotiveerd voelen om de normen van de eigen groep te volgen. In deze studie blijkt dat wanneer trapgebruik via een motivationeel bord als norm van het bedrijf wordt voorgesteld, werknemers die zich sterker identificeren met het bedrijf zich meer gemotiveerd voelen om deze norm te volgen.

Daarnaast rapporteerden werknemers die zich sterker identificeerden met Essent significant vaker dat trapgebruik een norm binnen het bedrijf is en dat de interventies hun toekomstig trapgebruik zullen gaan beïnvloeden. Wellicht realiseren sommige werknemers zich na deze enquête pas dat door de leidinggevende getracht werd een norm van het bedrijf te promoten door middel van de gezondheidsvideo. Mogelijk zouden zij, nu ze bekend zijn met de norm, deze graag willen volgen en geven zij daarom aan in de toekomst wel een invloed van deze interventies te verwachten. Er moet echter rekening gehouden worden met het feit dat dit slechts de intenties van de werknemers zijn. Zoals de Theory of Planned Behavior beschrijft, kan gedrag verklaard worden door de intenties die iemand heeft om dat gedrag ook daadwerkelijk uit te voeren. Deze intenties worden dan weer verklaard door onder andere de subjectieve norm (wat men denkt dat anderen vinden van het gedrag dat je uitvoert, en het proberen zich hieraan te conformeren). Tijdens de gezondheidsvideo werd ingespeeld op deze subjectieve norm, doordat een leidinggevende het traplopen als norm van het bedrijf stelde. Werknemers zouden zich na het zien van deze video wellicht willen conformeren aan dit normgedrag. Zoals de theorie echter ook beschrijft zullen deze intenties mogelijk niet in alle gevallen ook daadwerkelijk leiden tot het gewenste gedrag (Ajzen, 1991).

Met behulp van de enquête onderzochten we naast de mate van identificatie en de zelf-gerapporteerde invloed van de interventies het zelf-gerapporteerde trapgebruik. Opvallend aan deze resultaten was het grote verschil tussen het daadwerkelijk gemeten trapgebruik en het zelf-gerapporteerde trapgebruik, zowel wat betreft het stijgende en dalende trapgebruik als de stijging in trapgebruik in de afgelopen twee maanden. Werknemers blijken dus over het algemeen hun trapgebruik te overschatten. Wellicht kan in later onderzoek verder ingegaan worden op dit verschil.

Daarnaast blijkt de verdieping waarop men werkzaam is een modererende rol te spelen op de mate van trapgebruik van de werknemers. In de toekomst zou daarom geprobeerd kunnen worden een interventie te ontwikkelen die juist de werknemers op hogere verdiepingen extra aanspreekt.

Dit onderzoek heeft een aantal sterktes die we niet onbenoemd willen laten. Een eerste sterkte is het innovatieve karakter van deze studie. In een voorgaande studie bleek een leidinggevende als rolmodel in de gezondheidspromotie al een positief effect te hebben op het gezondheidsgedrag van de werknemers (Hoert et al., 2016). Het effect van een leidinggevende als rolmodel en de eventuele invloed die de mate van identificatie van de werknemers hierop heeft, is echter voor zover bekend nog nooit onderzocht binnen studies naar het promoten van trapgebruik.

Een tweede sterkte is het grote aantal metingen per interventie in vergelijking met andere door observators gemeten studies omtrent trapgebruik (Boen et al., 2010; Boxstaens & Maex, 2012; Duchi & Nevejan, 2013), met een relatief hoge statistische power tot gevolg.

Als laatste konden we door het feit dat de metingen handmatig door observators zijn uitgevoerd de personen die vanwege te zware bagage en/of een lichamelijke beperking niet in staat waren om de trap te nemen buiten beschouwing laten bij deze metingen. Dit geeft een realistischer beeld van het daadwerkelijke effect van de interventies. Er bestaat namelijk een kans dat deze mensen weldegelijk door de interventies beïnvloed worden, echter zijn zij niet in de mogelijkheid hun gedrag te veranderen.

Deze studie kent echter ook een aantal beperkingen. Allereerst was er tijdens het gehele onderzoek geen controleconditie aanwezig. Idealiter zouden in elk onderzoek metingen plaatsvinden in een controleconditie, gelijktijdig met de metingen in de interventiecondities. Alleen dan kan men er zeker van zijn dat de effecten niet mede bepaald worden door andere variabelen, zoals bijvoorbeeld het weer.

Een tweede beperking aan deze studie is het feit dat de metingen handmatig door observators zijn uitgevoerd. Een nadeel hiervan is dat we slechts vier uur per week het trapgebruik hebben kunnen meten. Daarnaast kon op deze manier enkel het trapgebruik van en naar de begane grond worden geobserveerd. Het trap- en liftgebruik tussen de verdiepingen en het aantal trappen dat genomen werd, was op deze manier niet mogelijk om te bepalen. Als laatste was het hierdoor niet mogelijk om de mate van identificatie van het bedrijf aan het objectieve trapgebruik te koppelen.

De derde beperking is het feit dat er in deze studie twee verschillende personen zijn geweest die de rol van observator op zich hebben genomen. Ondanks dat de tweede observator op voorhand goed door de onderzoeker geïnstrueerd werd en een resultatenformat heeft meegekregen, zouden de resultaten wellicht toch onbedoeld beïnvloed kunnen zijn. Het grote verschil tussen de resultaten in vleugel A en vleugel B/C tijdens interventie 2 zou dan ook mede hierdoor verklaard kunnen worden.

Een vierde beperking aan deze studie is de lage responsgraad op de enquête. Waarschijnlijk is dit te wijten aan de overvloed aan enquêtes die de werknemers bij Essent krijgen. Hierdoor neemt het merendeel van de werknemers niet meer de tijd om al deze enquêtes de beantwoorden. Deze lage responsgraad maakt de resultaten minder betrouwbaar.

Een vijfde beperking is de manier waarop de interventies gepresenteerd werden. Het design van het gezondheidsbord legde door het grote logo van Essent de nadruk op het bedrijf als geheel. Het design van de gezondheidsvideo heeft meer de nadruk gelegd op een specifieke leidinggevende van het bedrijf, die een norm van het bedrijf als geheel tot uiting brengt. Wellicht staat deze leidinggevende niet goed bekend onder de werknemers, waardoor zij wel de norm willen volgen van het bedrijf, echter niet wanneer deze norm door deze specifieke leidinggevende opgelegd wordt. Dit zou dan ook een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het feit dat de mate van identificatie geen modererend effect lijkt te hebben op de invloed van de gezondheidsvideo.

De laatste beperking aan deze studie is het feit dat er geen opvolging op een later tijdstip was. Hierdoor kan niet bepaald worden of de interventies ook op de lange termijn een effect hebben.

Er kan dus geconcludeerd worden dat een bord op het keuzepunt en een gezondheidsvideo met een leidinggevende als rolmodel als succesvol kunnen worden beschouwd in het promoten van trapgebruik. De mate van organisationele identificatie van werknemers kan daarbij een modererend effect hebben op de zelf-gerapporteerde invloed van het motivationele bord op het keuzepunt.

De relevantie van deze resultaten is daarbij het feit dat het koppelen van de Sociale Identiteitstheorie aan de promotie van trapgebruik kan leiden tot een grotere effectiviteit van de interventies. Bij het promoten van trapgebruik in werksettingen kan daarom in de toekomst aangeraden worden om ook aandacht te besteden aan de mate van organisationele identificatie van de werknemers. Er is echter meer onderzoek nodig om dit overtuigender te bevestigen. Zo bleek er een groot verschil te bestaan tussen de objectieve en subjectieve stijgingen in trapgebruik. In een eventuele vervolgstudie zou de mate van organisationele identificatie van de werknemers daarom gekoppeld kunnen worden aan de objectieve metingen van het trapgebruik, wat een betrouwbaarder beeld zal geven.

Tot slot zou men in de toekomst dieper in kunnen gaan op de rol van een leidinggevende in de promotie van trapgebruik. Een gezondheidsvideo met een leidinggevende als rolmodel bleek in één vleugel van het gebouw al een effect te hebben op het trapgebruik van werknemers, maar wellicht zou de video meer effect kunnen hebben indien deze op het keuzepunt van de trap en de lift wordt getoond. Daarbij kan het interessant zijn om in één bedrijf (met meerdere gebouwen) het effect van twee verschillende videoboodschappen na te gaan. In het ene gebouw zou een leidinggevende als rolmodel in de video kunnen fungeren terwijl in het andere gebouw een willekeurig ander persoon als rolmodel wordt neergezet. Door te onderzoeken of er tussen deze twee gebouwen een verschil in impact is, kan nagegaan worden of gedragsmodellering door een leidinggevende ook echt effectiever is dan gedragsmodellering door een willekeurig ander persoon.

**Referenties**

Adams, M.A., Hovell, M.F., Irvin, V., Sallis, J.F., Coleman, K.J., & Liles, S. (2006). Promoting stair use by modeling: An experimental application of the behavioral ecological model. *American Journal of Health Promotion, 21*(2), 101-109.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50,* 179-211.

Ashforth, B.E., Harrison, S.H., & Corley, K.G. (2008). Identification in organizations: An examination of four fundamental questions. *Journal of Management, 34,* 325-374.

Ashforth, B.E., & Mael, F.A. (1989). Social identity and the organization. Academy of Management review, 14, 20-39.

Åstrand, P.O. (1992). Physical activity and fitness. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *55,* 1231S-1236S.

Åstrom, A.N., & Rise, J. (2001). Young adults’ intention to eat healthy food: extending the theory of planned behaviour. *Psychology and Health, 16,* 223-237.

Beighle, A., & Morrow, J.R. (2014). Promoting physical activity: addressing barriers and moving forward. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 85*(7), 23-26.

Bellicha, A., Kieusseian, A., Fontvieille, A-M., Tataranni, A., Charreire, H., & Oppert, J-M. (2015). Stair-use interventions in worksites and public settings – A systematic review of effectiveness and external validity. *Preventive Medicine, 70,* 3-13.

Bellicha, A., Kieusseian, A., Fontvieille, A-M., Tataranni, A., Copin, N., Charreire, H., & Oppert, J-M. (2016). A multistage controlled intervention to increase stair climbing at work: effectiveness and process evaluation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13*(47), 1-9.

Blair, S.N., & Powell, K.E. (2014). The evolution of the physical activity field. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, *85*(7), 9-12.

Boen, F., Maurissen, K., & Opdenacker, J. (2010). A simple health sign increases stair use in a

shopping mall and two train stations in Flanders, Belgium. *Health Promotion International, 25*(2),

183-191.

Boreham, C.A.G., Kennedy, R.A., Murphy, M.H., Tully, M., Wallace, W.F.M., & Young, I. (2005). Training effects of short bouts of stair climbing on cardiorespiratory fitness, blood lipids, and homocysteine in sedentary young women. *British Journal of Sports Medicine*, *39*(9), 590-593.

Boutelle, K.N., Jeffery, R.W., Murray, D.M., & Schmitz, M.K. (2001). Using signs, artwork, and music to promote stair use in a public building. *American Journal of Public Health*, *91*(12), 2004-2006.

Boxstaens, K., & Maex, F. (2012). Promotie van trapgebruik door bordjes: het matchen van de

identiteitsboodschap met de setting. *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Chartrand, T.L., & Bargh, J.A. (1999). The cameleon effect: The perception-behaviour link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(6), 893-910.

Cole, M.S, & Bruch, H. (2006). Organizational identity strength, identification, and commitment and their relationships to turnover intention: Does organizational hierarchy matter? *Journal of Organizational Behavior,* 27, 585-605.

Demeulenaere, L., & Voeten, Y. (2015). Promotie van fysieke activiteit: verleidt de rode loper werknemers om de trap te nemen? *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Duchi, S., & Nevejan, C. (2013). Promoten van trapgebruik door gedragsmodellering: het effect van

leeftijd en geslacht van een afgebeelde voorganger. *Ongepubliceerde masterproef*, KU Leuven, Leuven.

Dutton, J.E., Dukerich, J.M., & Harquail, C.V. (1994). Organizational images and member identification. Administrative Science Quarterly, 39(2), 239-263.

Eaton, S.B. (2003). An evolutionary perspective on human physical activity: implications for health. *Comparative Biochemistry and Physiology Part A*, *136,* 153-159.

Gallagher, P., Yancy, W.S., Denissen, J.J.A., Kühnel, A., & Voils, C.I. (2013). Correlates of daily leisure-time physical activity in a community sample: narrow personality traits and practical barriers. *Health Psychology*, *32*(12), 1227-1235.

Godin, G., & Shephard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community,

*Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 10(3)*, 141-146.

Grimstvedt, M.E., Kerr, J., Oswalt, S.B., Fogt, D.J., Vargas-Tonsing, T.M., & Yin, Z. (2008). Using signage to promote stair use on a university campus in hidden and visible stairwells. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *40*(5), S253.

Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F.C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, *380,* 247-257.

Haskell, W.L., Lee, I.-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., & Bauman, B.A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 39*(8), 1423-1434.

Haslam, S.A. (2004). *Psychology in organizations: the social identity approach* (2nd ed.)*.* London: Sage Publications.

Hoert, J., Herd, A.M., Hambrick, M. (2016). The role of leadership support for health promotion in employee wellness program participation, perceived job stress, and health behaviors. *American Journal of Health Promotion,* 1-8. doi:[10.1177/0890117116677798](https://doi-org.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/10.1177/0890117116677798)

Katzmarzyk, P.T. (2010). Physical activity, sedentary behavior and health: Paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes, 59,* 2717-2725.

Kerr, J., Eves, F.F., & Carroll, D. (2001). The inﬂuence of poster prompts on stair use: the effects of setting, poster size and content. *British Journal of Health Psychology, 6,* 397-405.

Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., & Katzmarzyk, P.T. (2012). Eﬀect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, *380,* 219-229

Lipponen, J., Helkama, K., Olkkonen, M., & Juslin, M. (2005). Predicting the different profiles of organizational identification: A case of shipyard subcontractors. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78(1), 97-112.

Mael, F.A., & Ashforth, B.E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior, 13,* 103-123.

Meyer, P., Kayser, B., Kossovsky, M.P., Sigaud, P., Carballo, D., Keller, P.F., Martin, X.E., Farpour-Lambert, N., Pichard, C., & Mach, F. (2010). Stairs instead of elevators at workplace: cardioprotective effects of a pragmatic intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *17*(5), 569-575.

Nicoll, G. (2007). Spatial measures associated with stair use. *American Journal of Health Promotion*,

*21,* 346-352.

O'Donovan, G., Blazevich, A. J., Boreham, C., Cooper, A. R., Crank, H., Ekelund U., & Stamatakis, E. (2010). The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *Journal of Sports Science*, *28,* 573–591.

O’Keefe, J.H., Vogel, R., Lavie, C.J., & Cordain, L. (2011). Exercise like a hunter-gatherer: A prescription for organic physical fitness. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *53,* 471-479.

Rivis, A., & Sheeran, P. (2003). Social influences and the theory of planned behavior: evidence for a direct relationship between prototypes and young people’s exercise behavior. *Psychology and Health*, *18*(5), 567-583.

Smidts, A., Pruyn, A., & Van Riel, C.B.M. (2001). The impact of employee communication and perceived external prestige on organizational identification. Academy of Management Journal, 44(5), 1051-1062.

Sparling, B.E., Owen, N., Lambert, E.V., & Haskell, W.L. (2000). Promoting physical activity: the new imperative for public health. *Health Education Research, 15*(3), 367-376.

Swenson, T., & Siegel, M. (2013). Increasing stair use in an office worksite through an interactive environmental intervention. *American Journal of Health Promotion, 27*(5), 323-329.

Tajfel, H., & Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W.G. Austin & S. Worchel (Eds.), The social psychology of intergroup relations (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Task force on community preventive services (2002). Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal of Preventive Medicine, 22*(4),67-72.

Terry, D.J., & Hogg, M.A. (1996). Group norms and the attitude-behaviour relationship: a role for group identification. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22,* 776-793.

Terry, D.J., Hogg, M.A., & White, K.M. (1999). The theory of planned behaviour: self-identity, social identity, and group norms. *British Journal of Social Psychology, 38,* 225-244.

Van Calster, L., Van Hoecke, A. –S., Octaef, A., Boen, F. (2017). Does a video displaying a stair climbing model increase stair use in a worksite setting? *Public Health, 149,* 11-20.

Van Nieuw-Amerongen, M.E., Kremers, S.P.J, De Vries, N.K., & Kok, G. (2011). The use of prompts, increased accessibility, visibility, and aesthetics of the stairwell to promote stair use in a university buidling. *Environmental and Behavior*, *43*(1), 131-139.

Vanden Auweele, Y., Boen, F., Schapendonk, W., & Dornez, K. (2005). Promoting stair use among

female employees: the effects of a health sign followed by an e-mail. *Journal of Sport & Exercise*

*Psychology*, *27*(2), 188-196.

Walumbwa, F., Mayer, D., Wang, P., Wang, H., Workman, K., & Christensen, A. (2011). Linking ethical leadership to employee performance: The roles of leader-member exchange, self-efficacy, and organizational identification. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *115*(2), 204-213.

Warburton, D.E.R., Nicol, C.W., & Bredin, S.S.D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal, 174*(6), 801-809.

Webb, O.J., & Eves, F.F. (2007). Promoting stair climbing: effects of message specificity and validation. *Health Education Research, 22*(1), 49-57.

Webb, O.J., Eves, F.F., & Smith, L. (2011). Investigating behavioural mimicry in the context of stair/escalator choice. *British Journal of Health Psychology, 16*(2), 373-385.

World health organization (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World health organization.

**Appendix 1: Populaire samenvatting**

In de huidige samenleving lijkt fysieke activiteit een steeds kleinere rol in te nemen. Door de vele innovaties en technologieën is men tegenwoordig niet meer genoodzaakt te bewegen. Een groot deel van de bevolking is daardoor inactief, met vele gezondheidsrisico’s tot gevolg. Het is daarom belangrijk om interventies te ontwikkelen die ervoor zorgen dat men, al dan niet onbewust, fysieke activiteit inplant in het dagelijks leven. Een mogelijke manier om dit te bekomen is het promoten van trapgebruik.

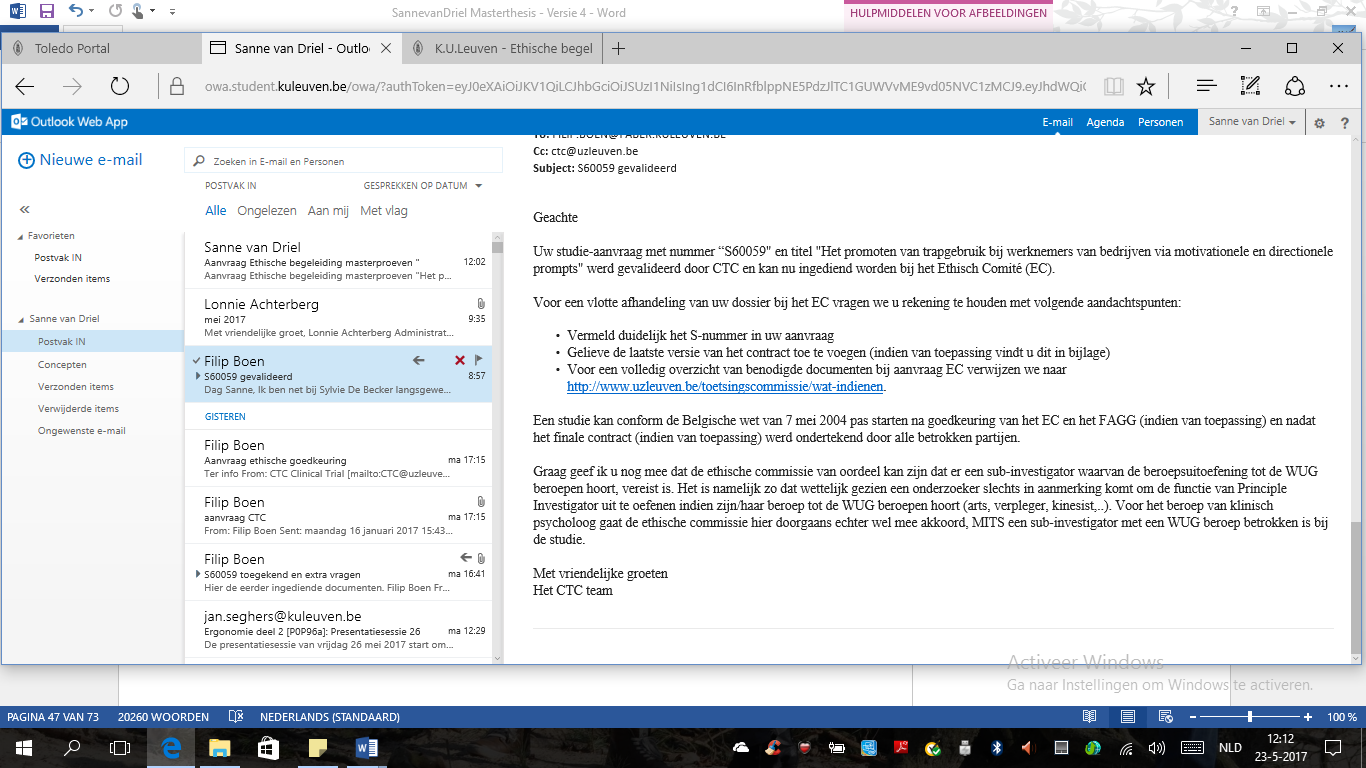
In de huidige studie zijn we daarom op zoek gegaan naar een innovatieve interventie om het trapgebruik te bevorderen. In voorgaande studies werd reeds het effect nagegaan van zowel een motivationeel bord op het keuzepunt van de trap en lift als van een gezondheidsvideo die onder de werknemers verspreid werd. In deze studie werd door middel van die interventies getracht om trapgebruik als gedragsnorm van het bedrijf neer te zetten. Daarbij werd in de gezondheidsvideo een leidinggevende als rolmodel neergezet. Daarnaast werd gekeken of deze interventies meer effect hadden op werknemers die zich sterker identificeren met het bedrijf dan op werknemers die zich minder geïdentificeerd voelen.

Gedurende zeven weken werden twee interventies uitgevoerd: (1) Een motivationeel bord op het keuzepunt van de trap en lift, met daarop een groot logo van het bedrijf en de tekst “haal energie uit de trap, neem de trap in plaats van de lift”; (2) Een door een leidinggevende ingesproken gezondheidsvideo, verspreid via een intern communicatieplatform en weergegeven op TV-schermen in het gebouw. Na afloop van de interventies werden de werknemers via een online enquête bevraagd over de invloeden van de interventies en de mate waarin zij zich geïdentificeerd voelen met het bedrijf.

Het plaatsen van het motivationele bord op het keuzepunt verhoogde het stijgende trapgebruik met 9.1% ten opzichte van de beginsituatie. Na het verspreiden van de gezondheidsvideo onder de werknemers steeg het trapgebruik in vleugel B/C nog eens verder met 15.6% ten opzichte van de situatie na interventie 1. In vleugel A resulteerde deze gezondheidsvideo niet in een verdere stijging van het trapgebruik. Daarnaast bleek uit de enquête dat werknemers die zich sterker geïdentificeerd voelen met het bedrijf aangaven sterker beïnvloed te worden door het motivationele bord dan werknemers die zich minder geïdentificeerd voelen.

Deze resultaten tonen dus aan dat een motivationeel bord en een door een leidinggevende ingesproken gezondheidsvideo een positieve invloed kunnen hebben op het trapgebruik van werknemers. Daarnaast heeft een motivationeel bord een groter effect op werknemers die zich sterker identificeren met het bedrijf dan op werknemers die zich minder geïdentificeerd met het bedrijf voelen.

**Appendix 2: Beslissing vanwege de Opleidingsspecifieke Begeleidingscommissie (OBC) of de ethische commissie**



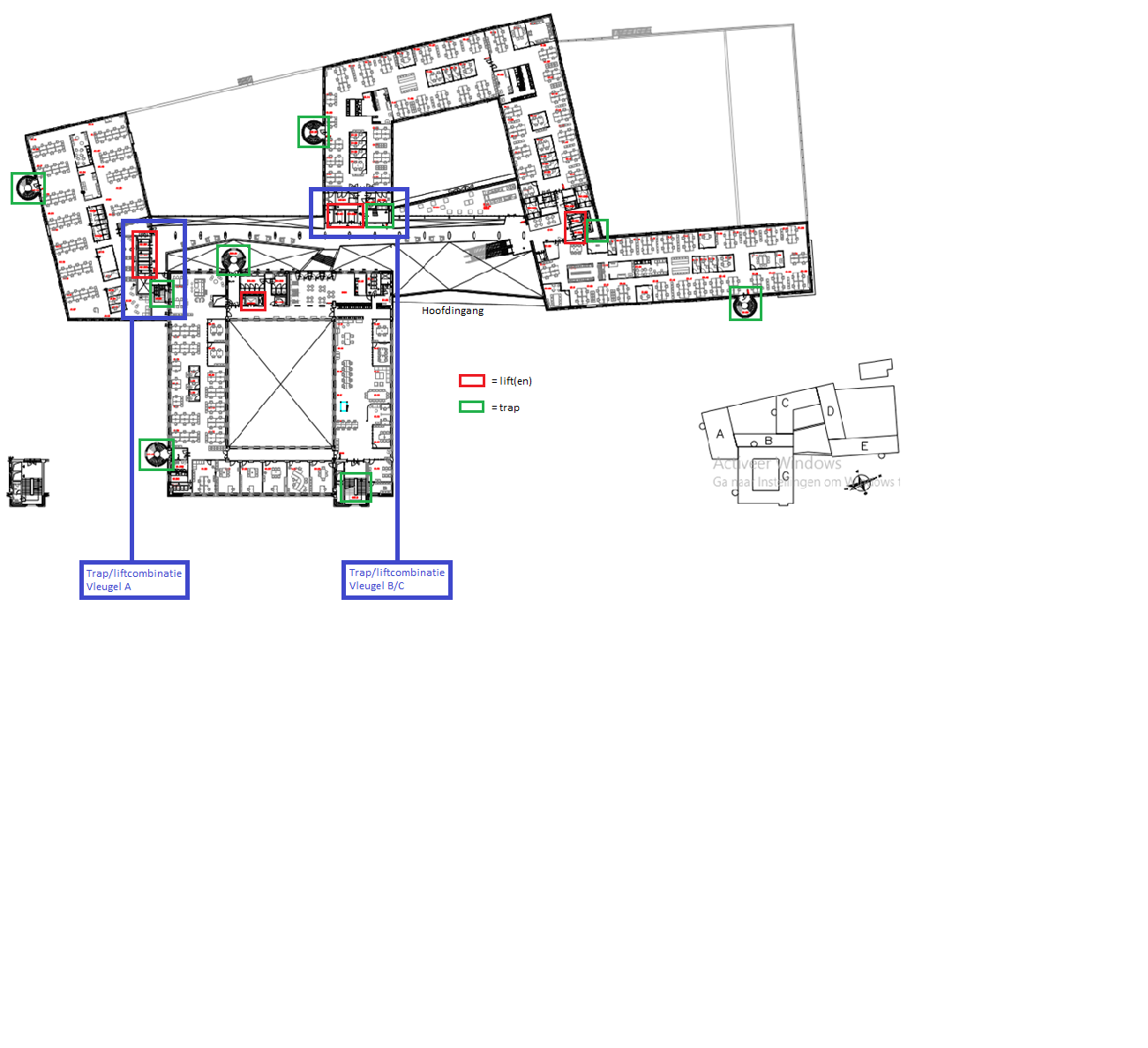
**Appendix 3: Richtlijnen voor auteurs voor publicaties van de Journal of Sports & Exercise Psychology**

<http://journals.humankinetics.com/page/authors/jsep>

**Appendix 4: Setting**

**4.A.**

*Plattegrond eerste verdieping Essent ’s-Hertogenbosch*



**4.B.**

*Motivationeel bord interventie 1*



**4.C.**

*Interventie 1: Vleugel A*



**4.D.**

*Interventie 1: Vleugel B/C*

**

**4.E.**

*Interventie 2: Beschrijving videoboodschap*

De gezondheidsvideo werd opgenomen bij het keuzepunt tussen de trap en lift in vleugel A, beginnend op de begane grond. Hier zien we tijdens de eerste seconde een close-up van het bord uit interventie 1 (‘Haal energie uit de trap! Neem de trap in plaats van de lift’). Vervolgens wordt er uitgezoomd en zien we een medewerker (man van middelbare leeftijd) achter dit bord door in de richting van de lift lopen. Zodra deze werknemer op het knopje van de lift drukt, zien we rechts in beeld een man verschijnen, de leidinggevende van het bedrijf. Deze leidinggevende spreekt de werknemer aan en wijst naar het bord. Onder in het beeld verschijnt de volgende tekst: “Kom op, joh.”, “Bij Essent nemen we de trap”, “Duurzamer en efficiënter”. Samen lopen de werknemer en werkgever vervolgens de trap op. Een tweede shot is genomen vanuit de trappenhal, waar we beide mannen verder de trap op zien lopen. Het laatste shot is gefilmd vanaf de eerste verdieping. We zien daar beide mannen het laatste stukje trap oplopen en door de glazen deur de verdieping opkomen, waar zij elkaar een high five geven. Onderin beeld verschijnt ten slotte de tekst: “en vooral beter voor jezelf!”, waarna de mannen met een lach op het gezicht het beeld uitlopen.

**4.F.**

*Enquêtevragen*

Deel 1: Algemene gegevens

1. Geslacht

Man / vrouw

2. Leeftijd

18-24/ 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64 / 65+

3. Wat is de hoogste opleiding die je hebt afgerond?

- geen onderwijs / basisonderwijs / lagere school

- VMBO (kader- en beroepsgerichte leerweg)

- MAVO / VMBO (theoretische en gemengde leerweg)

- HAVO / VWO

- MBO

- HBO / WO bachelor

- WO master

Deel 2: Werkgegevens

1. Hoeveel dagen per week werk je meestal bij Essent?

0 dagen / 1 dag / 2 dagen / 3 dagen / 4 dagen / 5 dagen

2. Op welke verdieping werk je meestal bij Essent?

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6

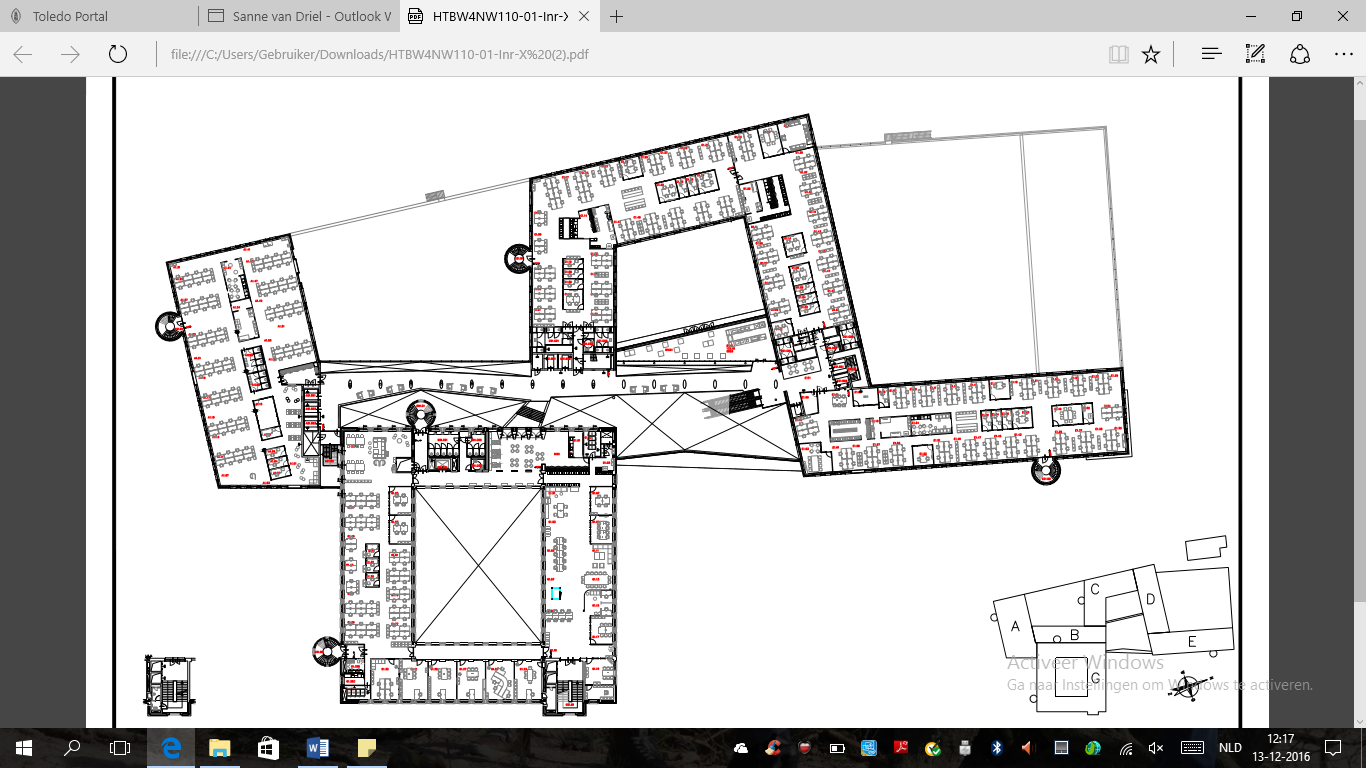
3. Welke functie heb je?

- Callcenter medewerker

- Administratief medewerker

- Leidinggevende

4. In welke vleugel van het gebouw ben je werkzaam?

 - A

- B

- C

- D

- G

5. Hoe lang ben je werkzaam voor Essent?

- 0-5 jaar

- 5-10 jaar

- 10-15 jaar

- 15-20 jaar

-20-25 jaar

- >25 jaar

Deel 3: Jouw houding ten opzichte van Essent

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Helemaal niet akkoord  1 | Eerder niet akkoord  2 | Tussenin  3 | Eerder wel akkoord  4 | Helemaal akkoord  5 |
| 1. Ik voel me erg verbonden met Essent |  |  |  |  |  |
| 2. Essent neemt een heel belangrijke plaats in mijn leven in |  |  |  |  |  |
| 3. Wanneer iemand kritiek geeft op Essent, dan voelt dat aan als een persoonlijke belediging |  |  |  |  |  |
| 4. Ik ben heel geïnteresseerd in wat anderen over Essent denken |  |  |  |  |  |
| 5. Wanneer ik over Essent praat, dan zeg ik meestal ‘wij’ eerder dan ‘zij’ |  |  |  |  |  |
| 6. De successen van Essent zijn mijn successen |  |  |  |  |  |
| 7. Wanneer iemand Essent prijst, dan voelt dat aan als een persoonlijk compliment |  |  |  |  |  |
| 8. Als er in de media kritiek wordt gegeven op Essent, dan voel ik me gegeneerd |  |  |  |  |  |

Deel 4: Trapgebruik

1. Hoe vaak neem je ’s morgens de trap bij Essent om naar je werkplek te gaan?

- 0% = nooit 🡪 100% = altijd

- antwoord op schaal met sprongen van 10%

2. Hoe vaak neem je ’s middags de trap bij Essent om naar je werkplek te gaan?

- 0% = nooit 🡪 100% = altijd

- antwoord op schaal met sprongen van 10%

3. Hoe vaak neem je de trap naar beneden?

- 0% = nooit 🡪 100% = altijd

- antwoord op schaal met sprongen van 10%

4. Tot welke verdieping zou je bereid zijn de trap te nemen?

1e / 2e / 3e / 4e / 5e / 6e

5. Is jouw trapgebruik de laatste 2 maanden toegenomen?

Helemaal niet toegenomen (0) 🡪 Heel sterk toegenomen (10)

Deel 5: Motieven versus hindernissen trapgebruik

Als ik de trap neem bij Essent, dan doe ik dat omdat … (meerdere opties mogelijk):

1. De trap nemen sneller is

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

2. De trap nemen mijn gezondheid bevordert

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

3. De trap nemen voor gewichtsverlies zorgt

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

4. De trap nemen een gratis mogelijkheid is om te bewegen/sporten

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

5. De trap nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

6. De trap nemen mijn conditie verbetert

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

7. Mijn collega’s de trap nemen

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

8. De lift mij angst bezorgt (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …)

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

9. De trap nemen duurzamer is

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

10. Het nemen van de trap een norm is binnen dit bedrijf: Het nemen van de trap is een gedrag dat past binnen dit bedrijf.

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

11. Het nemen van de trap binnen dit bedrijf wordt aangemoedigd

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

Als ik de trap niet neem bij Essent dan doe ik dat omdat … (meerdere opties mogelijk):

1. Ik erg moet zweten bij het nemen van de trap

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

2. Ik onvoldoende conditie heb om de trap te nemen

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

3. Ik een medische aandoening heb die mij verhindert de trap te nemen

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

4. Ik al voldoende fysiek actief ben

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

5. Ik de trap nemen gevaarlijk vind (bv. om te vallen)

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

6. De lift nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

7. De lift nemen minder vermoeiend is

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

8. De lift nemen gemakkelijker is om een gesprek te voeren of voort te zetten

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

9. Ik vaak zware lasten moet dragen

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

10. Het weer mij beïnvloedt om de lift te nemen. (bv. te nat, te koud, te warm)

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

11. Mijn collega’s de lift nemen

Helemaal niet van toepassing (0) 🡪 Heel erg van toepassing (10)

Deel 6: De campagnes

1. Hoe sterk is jouw trapgebruik gewijzigd door de verschillende campagnes?

a. De gezondheidsvideo heeft mijn trapgebruik:

Heel sterk vermindert = -5

0 = heeft me niet beïnvloed

5 = Heel sterk doen toenemen

b. Het bord op het keuzepunt tussen de trap en de lift heeft mijn trapgebruik:

Heel sterk vermindert = -5

0 = heeft me niet beïnvloed

5 = Heel sterk doen toenemen

2. Het nemen van de trap in plaats van de lift is een norm binnen dit bedrijf:

Helemaal niet mee eens (0) 🡪 Helemaal mee eens (10)

3. Het feit dat een leidinggevende de video insprak, had een invloed op mijn trapgebruik. Helemaal niet mee eens (0) 🡪 Helemaal mee eens (10)

4. Hebben deze interventies (gezondheidsvideo, bord op keuzepunt) invloed op jouw toekomstig trapgebruik?

Zeer onwaarschijnlijk (0) 🡪 zeer waarschijnlijk (10)

5. Heb je suggesties om het trapgebruik te promoten op uw werkplek? (open vraag)

Deel 7: Fysieke activiteit

Hoe vaak heb je in een typische week tijdens de afgelopen maand onderstaande intensiteiten van

fysieke activiteit uitgevoerd gedurende minstens 20 minuten aan één stuk?

1. Intense fysieke activiteit (= zwaar versnelde hartslag, veel zweten, uitputtend)

vb. joggen, snel zwemmen, snel fietsen, fitnessen, ...

... keer/ week

2. Matige fysieke activiteit (= hartslag iets omhoog, licht zweten, niet uitputtend)

vb. snel wandelen, rustig fietsen, rustig zwemmen, dansen, tuinieren, …

... keer/week

3. Lichte fysieke activiteit (= minimale inspanning)

vb. rustig wandelen, golf, bowlen, yoga / tai-chi, ....

… keer/week

**Appendix 5: Data trapgebruik**

**5.A.** *Proporties en verhoudingen stijgend en dalend trapgebruik* ***totaal****, per geslacht, basislijn, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Stijgend trapgebruik | | | Dalend trapgebruik | | |
| Geslacht | Interventie | *N* | *n* | *%* | *N* | *n* | *%* |
| Totaal | Basislijn | 1088 | 308 | 28.31 | 167 | 74 | 44.31 |
|  | Interventie 1 | 1528 | 572 | 37.43 | 188 | 109 | 57.98 |
|  | Interventie 2 | 814 | 341 | 41.89 | 261 | 148 | 56.70 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M | Basislijn | 576 | 213 | 36.98 | 91 | 53 | 65.43 |
|  | Interventie 1 | 865 | 399 | 46.13 | 129 | 86 | 66.67 |
|  | Interventie 2 | 418 | 217 | 51.91 | 129 | 80 | 62.02 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| V | Basislijn | 512 | 95 | 18.55 | 76 | 21 | 27.63 |
|  | Interventie 1 | 663 | 173 | 26.09 | 59 | 23 | 38.98 |
|  | Interventie 2 | 396 | 124 | 31.31 | 132 | 68 | 51.52 |

**5.B.** *Proporties en verhoudingen stijgend en dalend trapgebruik* ***vleugel A****, per geslacht, basislijn, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Stijgend trapgebruik | | | Dalend trapgebruik | | |
| Geslacht | Interventie | *N* | *n* | *%* | *N* | *n* | *%* |
| Totaal | Basislijn | 636 | 170 | 26.73 | 115 | 42 | 36.52 |
|  | Interventie 1 | 837 | 292 | 34.89 | 109 | 56 | 52.38 |
|  | Interventie 2 | 593 | 217 | 36.59 | 156 | 62 | 39.74 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M | Basislijn | 303 | 116 | 38.28 | 57 | 27 | 47.37 |
|  | Interventie 1 | 444 | 198 | 44.59 | 71 | 42 | 59.15 |
|  | Interventie 2 | 300 | 152 | 50.67 | 83 | 43 | 51.81 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| V | Basislijn | 333 | 54 | 16.22 | 57 | 27 | 47.37 |
|  | Interventie 1 | 393 | 94 | 23.92 | 38 | 14 | 36.84 |
|  | Interventie 2 | 293 | 65 | 22.18 | 73 | 19 | 26.03 |

**5.C.** *Proporties en verhoudingen stijgend en dalend trapgebruik* ***vleugel B/C****, per geslacht, basislijn, interventie 1 en interventie 2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Stijgend trapgebruik | | | Dalend trapgebruik | | |
| Geslacht | Interventie | *N* | *n* | *%* | *N* | *n* | *%* |
| Totaal | Basislijn | 452 | 138 | 30.53 | 52 | 32 | 61.54 |
|  | Interventie 1 | 691 | 280 | 40.52 | 79 | 53 | 67.09 |
|  | Interventie 2 | 221 | 124 | 56.11 | 105 | 86 | 81.90 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M | Basislijn | 273 | 97 | 35.53 | 34 | 26 | 76.47 |
|  | Interventie 1 | 421 | 201 | 47.74 | 58 | 44 | 75.86 |
|  | Interventie 2 | 118 | 65 | 55.08 | 46 | 37 | 80.43 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| V | Basislijn | 179 | 41 | 22.91 | 18 | 6 | 33.33 |
|  | Interventie 1 | 270 | 79 | 29.26 | 21 | 9 | 43.86 |
|  | Interventie 2 | 103 | 59 | 57.28 | 59 | 49 | 83.05 |

**Appendix 6: Data enquête**

**6.A.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerde stijging trapgebruik*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerde stijging trapgebruik | | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | | *SE* | *ß* |
| Constante | 3.128\*\* | .918 |  | | 3.696\*\*\* | 1.014 |  | .670 | | 1.510 |  |
| Leeftijd | .071 | .240 | .024 | | .088 | .240 | .029 | -.072 | | .243 | -.024 |
| Geslacht | -.628 | .496 | -.101 | | -.640 | .495 | -.103 | -.603 | | .486 | -.097 |
| Opleidings-niveau | -.361 | .611 | -.047 | | -.288 | .612 | -.037 | -.326 | | .601 | -.042 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.218 | -.103 | -.1309 | -.207 | | .163 | -.098 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | 1.026\*\* | | .385 | .211 |
| *R2* | .014 | | | | .024 | | | .066 | | | |
| *F* | .732 | | | | .980 | | | 2.234 | | | |
| *ΔR2* |  | | | | .011 | | | .042 | | | |
| *ΔF* |  | | | | 1.713 | | | 7.099\*\* | | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | | |

**6.B.** *Regressiemodellen voor verwachte invloed toekomstig trapgebruik*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Verwachte invloed toekomstig trapgebruik | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 3.669\*\*\* | .806 |  | | 3.769\*\*\* | .891 |  | .096 | 1.301 |  |
| Leeftijd | -.094 | .211 | -.036 | | -.091 | .212 | -.034 | -.286 | .210 | -.108 |
| Geslacht | -.103 | .435 | -.019 | | -.103 | .436 | -.019 | -.061 | .420 | -.011 |
| Opleidings-niveau | -.091 | .535 | -.014 | | -.079 | .539 | -.012 | -.124 | .518 | -.018 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.039 | .148 | -.021 | -.025 | .142 | -.013 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | 1.245\*\*\* | .332 | .295 |
| *R2* | .002 | | | | .002 | | | .084 | | |
| *F* | .105 | | | | .096 | | | 2.893\* | | |
| *ΔR2* |  | | | | .000 | | | .081 | | |
| *ΔF* |  | | | | .070 | | | 14.049\*\*\* | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.C.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerde invloed bord keuzepunt*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerde invloed bord keuzepunt | | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | | *SE* | *ß* |
| Constante | .496 | .440 |  | | .604 | .486 |  | -1.037 | | .718 |  |
| Leeftijd | -.125 | .115 | -.087 | | -.121 | .115 | -.084 | -.209 | | .116 | -.145 |
| Geslacht | .169 | .238 | .057 | | .169 | .238 | .057 | .194 | | .232 | .065 |
| Opleidings-niveau | .161 | .296 | .043 | | .174 | .297 | .047 | .142 | | .290 | .038 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.042 | .080 | -.042 | -.036 | | .078 | -.035 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | .559\*\* | | .184 | .242 |
| *R2* | .013 | | | | .014 | | | .069 | | | |
| *F* | .679 | | | | .577 | | | 2.338\* | | | |
| *ΔR2* |  | | | | .002 | | | .055 | | | |
| *ΔF* |  | | | | .280 | | | 9.264\*\* | | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | | |

**6.D.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerde invloed gezondheidsvideo*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerde invloed bord keuzepunt | | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | | *SE* | *ß* |
| Constante | -.255 | .365 |  | | -.411 | .403 |  | -1.678\*\* | | .599 |  |
| Leeftijd | -.022 | .096 | -.018 | | -.027 | .096 | -.023 | -.095 | | .097 | -.079 |
| Geslacht | .173 | .197 | .070 | | .173 | .197 | .070 | .187 | | .193 | .076 |
| Opleidings-niveau | .252 | .243 | .082 | | .233 | .244 | .076 | .217 | | .239 | .071 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | .062 | .067 | .073 | .067 | | .065 | .079 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | .429\*\* | | .153 | .223 |
| *R2* | .013 | | | | .018 | | | .065 | | | |
| *F* | .716 | | | | .749 | | | 2.201 | | | |
| *ΔR2* |  | | | | .005 | | | .047 | | | |
| *ΔF* |  | | | | .852 | | | 7.879\*\* | | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | | |

**6.E.** *Regressiemodellen voor invloed leidinggevende*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Invloed leidinggevende | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 1.719\*\* | .587 |  | | 1.526\* | .648 |  | .093 | .977 |  |
| Leeftijd | -.137 | .154 | -.071 | | -.144 | .154 | -.074 | -.220 | .158 | -.114 |
| Geslacht | .207 | .317 | .052 | | .206 | .318 | .052 | .223 | .315 | .056 |
| Opleidings-niveau | .133 | .390 | .027 | | .109 | .392 | .022 | .091 | .389 | .019 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | .076 | .107 | .056 | .081 | .107 | .060 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | .486 | .249 | .157 |
| *R2* | .008 | | | | .011 | | | .035 | | |
| *F* | .442 | | | | .455 | | | 1.130 | | |
| *ΔR2* |  | | | | .003 | | | .023 | | |
| *ΔF* |  | | | | .498 | | | 3.798 | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.F.** *Regressiemodellen voor motief trapgebruik = trapgebruik is een norm binnen het bedrijf*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Motief trapgebruik = trapgebruik is een norm binnen het bedrijf | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 1.191 | .705 |  | | 1.565\* | .782 |  | -1.617 | 1.139 |  |
| Leeftijd | .355 | .382 | -.159 | | .362 | .382 | -.160 | .190 | .368 | -.149 |
| Geslacht | -.769\* | .185 | .151 | | -.774\* | .185 | .154 | -.724 | .184 | .081 |
| Opleidings-niveau | .323 | .473 | .054 | | .378 | .475 | .063 | .343 | .457 | .057 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.143 | .129 | -.086 | -.133 | .124 | -0.81 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | 1.078\*\*\* | .290 | .288 |
| *R2* | .042 | | | | .050 | | | .127 | | |
| *F* | 2.323 | | | | 2.048 | | | 4.545\*\* | | |
| *ΔR2* |  | | | | .007 | | | .078 | | |
| *ΔF* |  | | | | 1.216 | | | 13.859\*\*\* | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.G.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik (’s ochtends)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik (’s ochtends) | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 4.332\*\*\* | 1.203 |  | | 6.474\*\*\* | 1.272 |  | 7.725\*\*\* | 1.935 |  |
| Leeftijd | .040 | .315 | .010 | | .103 | .302 | .026 | .169 | .312 | .042 |
| Geslacht | -.198 | .649 | -.024 | | -.224 | .621 | -.027 | -.240 | .622 | -.029 |
| Opleidings-niveau | 1.633\* | .800 | .160 | | 1.916\* | .770 | .188 | 1.932 \* | .771 | .190 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.824\*\*\* | .208 | -.296 | -.829\*\*\* | .209 | -.298 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | -.424 | .494 | -.066 |
| *R2* | .025 | | | | .112 | | | .116 | | |
| *F* | 1.389 | | | | 5.050\*\* | | | 4.181\*\* | | |
| *ΔR2* |  | | | | .087 | | | .004 | | |
| *ΔF* |  | | | | 15.654\*\*\* | | | .737 | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.H.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik (’s middags)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerd stijgend trapgebruik (’s middags) | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 5.102\*\*\* | 1.112 |  | | 7.047\*\*\* | 1.172 |  | 8.371\*\*\* | 1.768 |  |
| Leeftijd | .152 | .292 | .041 | | .222 | .280 | .060 | .297 | .290 | .081 |
| Geslacht | -.744 | .596 | -.099 | | -.810 | .571 | -.108 | -.825 | .571 | -.110 |
| Opleidings-niveau | 1.428 | .738 | .153 | | 1.724\* | .710 | .185 | 1.762\* | .711 | .189 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.765\*\*\* | .193 | -.299 | -.774\*\*\* | .194 | -.302 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | -.455 | .455 | -.078 |
| *R2* | .030 | | | | .118 | | | .123 | | |
| *F* | 1.621 | | | | 5.244\*\* | | | 4.395\*\* | | |
| *ΔR2* |  | | | | .088 | | | .006 | | |
| *ΔF* |  | | | | 15.662\*\*\* | | | 1.001 | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.I.** *Regressiemodellen voor zelf-gerapporteerd dalend trapgebruik*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zelf-gerapporteerd dalend trapgebruik | | | | | | | | | |
|  | Model 1 | | | Model 2 | | | | Model 3 | | |
|  | *B* | *SE* | *ß* | | *B* | *SE* | *ß* | *B* | *SE* | *ß* |
| Constante | 6.245\*\*\* | .928 |  | | 8.109\*\*\* | .968 |  | 8.575\*\*\* | 1.475 |  |
| Leeftijd | .138 | .243 | .045 | | .193 | .230 | .063 | .218 | .238 | .071 |
| Geslacht | -.205 | .500 | -.032 | | -.229 | .472 | -.036 | -.234 | .474 | -.037 |
| Opleidings-niveau | 1.197 | .617 | .152 | | 1.444\* | .586 | .184 | 1.450 \* | .587 | .185 |
| Verdieping werkzaam |  |  |  | | -.717\*\*\* | .159 | -.334 | -.719\*\*\* | .159 | -.335 |
| Mate van identificatie |  |  |  | |  |  |  | -.158 | .376 | -.032 |
| *R2* | .024 | | | | .135 | | | .135 | | |
| *F* | 1.314 | | | | 6.218\*\*\* | | | 4.984\*\*\* | | |
| *ΔR2* |  | | | | .111 | | | .001 | | |
| *ΔF* |  | | | | 20.452\*\*\* | | | .176 | | |
| *B* = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *SE* = standaardfout; *ß* = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; *R2* = verklaarde variantie; Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Opleidingsniveau: 0 = laagopgeleid; 1 = hoogopgeleid; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | | | | | | |

**6.J.** *Trapmotieven vrouwen vs. mannen:*

*Als ik de trap* ***wel*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Vrouwen | Mannen |  | |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | De trap nemen mijn gezondheid bevordert | 7.13  (n = 165; SD = 2.966) | 7.51  (n = 73; SD = 2.517) | 6.84  (n = 92; SD = 3.262) | 1.489 |
| 2. | De trap nemen mijn conditie verbetert | 6.56  (n = 163; SD = 3.119) | 7.10  (n = 72; SD = 2.644) | 6.13  (n = 91; SD = 3.403) | 2.038\* |
| 3. | De trap nemen een gratis mogelijkheid is om te bewegen/sporten | 5.70  (n = 161; SD = 3.502) | 6.04  (n = 72; SD = 3.282) | 5.42  (n = 89; SD = 3.664) | 1.142 |
| 4. | De trap nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 5.20  (n = 163; SD = 3.379) | 5.10  (n = 71; SD = 3.261) | 5.27  (n = 92; SD = 3.483) | -.323 |
| 5. | De trap nemen sneller is | 5.18  (n = 165; SD = 3.185) | 5.37  (n = 73; SD = 3.294) | 5.02  (n = 92; SD = 3.106) | .696 |
| 6. | De trap nemen voor gewichtsverlies zorgt | 4.78  (n = 161; SD = 3.344) | 5.40  (n = 73; SD = 3.121) | 4.27  (n = 88; SD = 3.453) | 2.168\* |
| 7. | Mijn collega’s de trap nemen | 3.94  (n = 162; SD = 3.037) | 4.07  (n = 73; SD = 2.908) | 3.83  (n = 89; SD = 3.152) | .493 |
| 8. | Het nemen van de trap binnen dit bedrijf wordt aangemoedigd | 3.32  (n = 163; SD = 3.018) | 3.92  (n = 72; SD = 3.089) | 2.85  (n = 91; SD = 2.890) | 2.278\* |
| 9. | De trap nemen duurzamer is | 2.72  (n = 163; SD = 3.349) | 3.15  (n = 72; SD = 3.376) | 2.38  (n = 91; SD = 3.306) | 1.459 |
| 10. | Het nemen van de trap een norm is binnen dit bedrijf: het nemen van de trap is een gedrag dat past binnen dit bedrijf | 2.04  (n = 162; SD = 2.407) | 2.41  (n = 70; SD = 2.405) | 1.76  (n = 92; SD = 2.383) | 1.722 |
| 11. | De lift mij angst bezorgt (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …) | 0.33  (n = 162; SD = 1.020) | 0.56  (n = 70; SD = 1.421) | 0.15  (n = 92; SD = .490) | 2.284\* |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |

**6.K.** *Trapmotieven lage verdieping vs. hoge verdieping:*

*Als ik de trap* ***wel*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Lage verdieping | Hoge verdieping |  |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | De trap nemen mijn gezondheid bevordert | 7.13  (n = 165; SD = 2.966) | 7.21  (n = 108; SD = 2.852) | 6.98  (n = 57; SD = 3.193) | .474 |
| 2. | De trap nemen mijn conditie verbetert | 6.56  (n = 163; SD = 3.119) | 6.68  (n = 108; SD = 2.938) | 6.33  (n = 55; SD = 3.464) | .674 |
| 3. | De trap nemen een gratis mogelijkheid is om te bewegen/sporten | 5.70  (n = 161; SD = 3.502) | 5.65  (n = 106; SD = 3.500) | 5.78  (n = 55; SD = 3.537) | -.224 |
| 4. | De trap nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 5.20  (n = 163; SD = 3.379) | 5.86  (n = 106; SD = 3.202) | 3.96  (n = 57; SD = 3.380) | 3.530\*\* |
| 5. | De trap nemen sneller is | 5.18  (n = 165; SD = 3.185) | 5.92  (n = 108; SD = 2.752) | 3.77  (n = 57; SD = 3.490) | 4.026\*\*\* |
| 6. | De trap nemen voor gewichtsverlies zorgt | 4.78  (n = 161; SD = 3.344) | 4.64  (n = 107; SD = 3.245) | 5.06  (n = 54; SD = 3.547) | -.735 |
| 7. | Mijn collega’s de trap nemen | 3.94  (n = 162; SD = 3.037) | 4.05  (n = 106; SD = 3.084) | 3.73  (n = 56; SD = 2.963) | .627 |
| 8. | Het nemen van de trap binnen dit bedrijf wordt aangemoedigd | 3.32  (n = 163; SD = 3.018) | 3.26  (n = 107; SD = 3.039) | 3.43  (n = 56; SD = 3.002) | -.334 |
| 9. | De trap nemen duurzamer is | 2.72  (n = 163; SD = 3.349) | 2.83  (n = 106; SD = 3.357) | 2.53  (n = 57; SD = 3.355) | .551 |
| 10. | Het nemen van de trap een norm is binnen dit bedrijf: het nemen van de trap is een gedrag dat past binnen dit bedrijf | 2.04  (n = 162; SD = 2.407) | 2.07  (n = 106; SD = 2.388) | 2.00  (n = 56; SD = 2.464) | .166 |
| 11. | De lift mij angst bezorgt (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …) | 0.33  (n = 162; SD = 1.020) | 0.38  (n = 105; SD = 1.086) | 0.23  (n = 57; SD = .887) | .910 |
| Lage verdieping = verdieping 0, 1, 2 of 3; Hoge verdieping = verdieping 4, 5 of 6; *M* = gemiddelde; *n* = aantal; S*D* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |

**6.L.** *Trapmotieven vleugel A vs. vleugel C:*

*Als ik de trap* ***wel*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Vleugel A | Vleugel C |  | |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | De trap nemen mijn gezondheid bevordert | 7.13  (n = 165; SD = 2.966) | 7.62  (n = 53; SD = 2.506) | 6.42  (n = 33; SD = 3.464) | 1.726 |
| 2. | De trap nemen mijn conditie verbetert | 6.56  (n = 163; SD = 3.119) | 7.08  (n = 53; SD = 2.848) | 5.90  (n = 31; SD = 3.320) | 1.712 |
| 3. | De trap nemen een gratis mogelijkheid is om te bewegen/sporten | 5.70  (n = 161; SD = 3.502) | 5.75  (n = 51; SD = 3.526) | 5.10  (n = 31; SD = 3.927) | .773 |
| 4. | De trap nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 5.20  (n = 163; SD = 3.379) | 6.24  (n = 51; SD = 3.456) | 4.94  (n = 33; SD = 3.463) | 1.696 |
| 5. | De trap nemen sneller is | 5.18  (n = 165; SD = 3.185) | 5.64  (n = 53; SD = 3.259) | 5.12  (n = 33; SD = 3.219) | .723 |
| 6. | De trap nemen voor gewichtsverlies zorgt | 4.78  (n = 161; SD = 3.344) | 5.13  (n = 52; SD = 3.290) | 4.13  (n = 31; SD = 3.452) | 1.322 |
| 7. | Mijn collega’s de trap nemen | 3.94  (n = 162; SD = 3.037) | 4.08  (n = 51; SD = 3.117) | 3.33  (n = 33; SD = 3.189) | 1.060 |
| 8. | Het nemen van de trap binnen dit bedrijf wordt aangemoedigd | 3.32  (n = 163; SD = 3.018) | 3.44  (n = 52; SD = 3.025) | 3.94  (n = 32; SD = 3.360) | -.698 |
| 9. | De trap nemen duurzamer is | 2.72  (n = 163; SD = 3.349) | 2.98  (n = 51; SD = 3.350) | 2.36  (n = 33; SD = 3.287) | .830 |
| 10. | Het nemen van de trap een norm is binnen dit bedrijf: het nemen van de trap is een gedrag dat past binnen dit bedrijf | 2.04  (n = 162; SD = 2.407) | 2.46  (n = 50; SD = 2.557) | 2.06  (n = 33; SD = 2.423) | .711 |
| 11. | De lift mij angst bezorgt (bv. claustrofobie, angst voor technische defecten, …) | 0.33  (n = 162; SD = 1.020) | 0.42  (n = 52; SD = 1.363) | 0.44  (n = 32; SD = 1.190) | -.049 |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |

**6.M.** *Traphindernissen vrouwen vs. mannen:*

*Als ik de trap* ***niet*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Vrouwen | Mannen |  |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | Mijn collega’s de lift nemen | 4.56  (n = 161; SD = 3.152) | 4.70  (n = 70; SD = 3.146) | 4.45  (n = 91; SD = 3.170) | .497 |
| 2. | De lift nemen minder vermoeiend is | 4.21  (n = 161; SD = 3.407) | 4.79  (n = 70; SD = 3.400) | 3.77  (n = 91; SD = 3.363) | 1.892 |
| 3. | De lift nemen  gemakkelijker is om een gesprek te voeren of voort te zetten | 3.74  (n = 159; SD = 3.353) | 4.04  (n = 68; SD = 3.462) | 3.52  (n = 91; SD = 3.271) | .982 |
| 4. | De lift nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 3.09  (n = 158; SD = 3.308) | 3.49  (n = 70; SD = 3.269) | 2.78  (n = 88; SD = 3.323) | 1.328 |
| 5. | Ik al voldoende fysiek actief ben | 3.04  (n = 158; SD = 3.439) | 3.00  (n = 69; SD = 3.334) | 3.08  (n = 89; SD = 3.536) | -.142 |
| 6. | Ik vaak zware lasten moet dragen | 2.84  (n = 160; SD = 3.363) | 4.10  (n = 69; SD = 3.456) | 1.88  (n = 91; SD = 2.966) | 4.279\*\*\* |
| 7. | Ik erg moet zweten bij het nemen van de trap | 1.85  (n = 159; SD = 2.499) | 2.12  (n = 69; SD = 2.682) | 1.64  (n = 90; SD = 2.343) | 1.181 |
| 8. | Het weer mij beïnvloedt om de lift te nemen (bv. te nat, te koud, te warm) | 1.56  (n = 160; SD = 2.586) | 1.54  (n = 70; SD = 2.339) | 1.57  (n = 90; SD = 2.777) | -.058 |
| 9. | Ik onvoldoende conditie heb om de trap te nemen | 1.53  (n = 159; SD = 2.252) | 2.10  (n = 69; SD = 2.474) | 1.09  (n = 90; SD = 1.970) | 2.789\*\* |
| 10. | Ik een medische aandoening heb die mij verhindert de trap te nemen | 0.99  (n = 158; SD = 2.320) | 1.40  (n = 70; SD = 2.481) | 0.67  (n = 88; SD = 2.143) | 1.949 |
| 11. | Ik de trap nemen gevaarlijk vind (bv. om te vallen) | 0.73  (n = 157; SD = 1.749) | 1.00  (n = 70; SD = 1.769) | 0.51  (n = 87; SD = 1.711) | 1.772 |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |

**6.N.** *Traphindernissen lage verdieping vs. hoge verdieping:*

*Als ik de trap* ***niet*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Lage verdieping | Hoge verdieping |  |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | Mijn collega’s de lift nemen | 4.56  (n = 161; SD = 3.152) | 4.64  (n = 103; SD = 2.973) | 4.41  (n = 58; SD = 3.469) | .419 |
| 2. | De lift nemen minder vermoeiend is | 4.21  (n = 161; SD = 3.407) | 3.80  (n = 103; SD = 3.347) | 4.95  (n = 58; SD = 3.415) | -2.082\* |
| 3. | De lift nemen  gemakkelijker is om een gesprek te voeren of voort te zetten | 3.74  (n = 159; SD = 3.353) | 3.69  (n = 102; SD = 3.246) | 3.84  (n = 57; SD = 3.565) | -.280 |
| 4. | De lift nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 3.09  (n = 158; SD = 3.308) | 2.92  (n = 102; SD = 3.164) | 3.41  (n = 56; SD = 3.561) | -.889 |
| 5. | Ik al voldoende fysiek actief ben | 3.04  (n = 158; SD = 3.439) | 3.04  (n = 102; SD = 3.484) | 3.05  (n = 56; SD = 3.387) | -.025 |
| 6. | Ik vaak zware lasten moet dragen | 2.84  (n = 160; SD = 3.363) | 2.56  (n = 102; SD = 3.317) | 3.33  (n = 58; SD = 3.415) | -1.394 |
| 7. | Ik erg moet zweten bij het nemen van de trap | 1.85  (n = 159; SD = 2.499) | 1.63  (n = 103; SD = 2.271) | 2.25  (n = 56; SD = 2.849) | -1.401 |
| 8. | Het weer mij beïnvloedt om de lift te nemen (bv. te nat, te koud, te warm) | 1.56  (n = 160; SD = 2.586) | 1.31  (n = 103; SD = 2.385) | 2.00  (n = 57; SD = 2.885) | -1.537 |
| 9. | Ik onvoldoende conditie heb om de trap te nemen | 1.53  (n = 159; SD = 2.252) | 1.35  (n = 102; SD = 2.038) | 1.84  (n = 57; SD = 2.583) | -1.232 |
| 10. | Ik een medische aandoening heb die mij verhindert de trap te nemen | 0.99  (n = 158; SD = 2.320) | 0.94  (n = 102; SD = 2.242) | 1.09  (n = 56; SD = 2.474) | -.383 |
| 11. | Ik de trap nemen gevaarlijk vind (bv. om te vallen) | 0.73  (n = 157; SD = 1.749) | 0.75  (n = 102; SD = 1.756) | 0.69  (n = 55; SD = 1.752) | .185 |
| Lage verdieping = verdieping 0, 1, 2 of 3; Hoge verdieping = verdieping 4, 5 of 6; *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |

**6.O.** *Traphindernissen vleugel A vs. vleugel C:*

*Als ik de trap* ***niet*** *neem bij Essent dan doe ik dat omdat …*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Totaal | Vleugel A | Vleugel C |  |
|  |  | *M* | *M* | *M* | *t-waarde* |
| 1. | Mijn collega’s de lift nemen | 4.56  (n = 161; SD = 3.152) | 4.26  (n = 50; SD = 3.219) | 4.39  (n = 33; SD = 3.335) | -.183 |
| 2. | De lift nemen minder vermoeiend is | 4.21  (n = 161; SD = 3.407) | 3.62  (n = 50; SD = 3.539) | 4.36  (n = 33; SD = 3.664) | -.924 |
| 3. | De lift nemen  gemakkelijker is om een gesprek te voeren of voort te zetten | 3.74  (n = 159; SD = 3.353) | 3.94  (n = 49; SD = 3.500) | 3.34  (n = 32; SD = 3.395) | .786 |
| 4. | De lift nemen een gewoonte is waar ik niet bij stil sta | 3.09  (n = 158; SD = 3.308) | 2.68  (n = 50; SD = 3.229) | 3.34  (n = 32; SD = 3.580) | -.870 |
| 5. | Ik al voldoende fysiek actief ben | 3.04  (n = 158; SD = 3.439) | 2.63  (n = 51; SD = 3.237) | 3.31  (n = 32; SD = 3.641) | -.894 |
| 6. | Ik vaak zware lasten moet dragen | 2.84  (n = 160; SD = 3.363) | 2.76  (n = 50; SD = 3.473) | 3.21  (n = 33; SD = 3.612) | -.571 |
| 7. | Ik erg moet zweten bij het nemen van de trap | 1.85  (n = 159; SD = 2.499) | 1.78  (n = 49; SD = 2.469) | 2.21  (n = 33; SD = 2.655) | -.762 |
| 8. | Het weer mij beïnvloedt om de lift te nemen (bv. te nat, te koud, te warm) | 1.56  (n = 160; SD = 2.586) | 1.24  (n = 50; SD = 2.291) | 2.00  (n = 33; SD = 2.915) | -1.326 |
| 9. | Ik onvoldoende conditie heb om de trap te nemen | 1.53  (n = 159; SD = 2.252) | 1.51  (n = 49; SD = 2.200) | 2.06  (n = 33; SD = 2.726) | -1.008 |
| 10. | Ik een medische aandoening heb die mij verhindert de trap te nemen | 0.99  (n = 158; SD = 2.320) | 0.90  (n = 49; SD = 2.284) | 1.45  (n = 33; SD = 2.551) | -1.032 |
| 11. | Ik de trap nemen gevaarlijk vind (bv. om te vallen) | 0.73  (n = 157; SD = 1.749) | 0.56  (n = 50; SD = 1.775) | 0.94  (n = 31; SD = 1.999) | -.882 |
| *M* = gemiddelde; *n* = aantal; *SD* = standaarddeviatie; 0 = helemaal niet van toepassing; 10 = helemaal van toepassing; \* = *p* < .05; \*\* = *p* < .01; \*\*\* = *p* < .001 | | | | | |