361.15 (492)

MEDEDELINGEN LANDBOUWHOGESCHOOL
WAGENINGEN • NEDERLAND • 77-15 (1977)

NAAR STRATEGIEËN VAN VOEDINGSVOORLICHTING,

EEN EVALUATIE- EN LITERATUURONDERZOEK

M. M. WESTMAAS-JES

Afdeling Voorlichtingskunde, Landbouwhogeschool, Wageningen, Nederland

H. VEENMAN & ZONEN B.V. - WAGENINGEN - 1977

304 b 77

Mededelingen Landbouwhogeschool
Wageningen 77-15 (1977)
is ook gepubliceerd als proefschrift

INHOUD

Toelichting op de samenstelling van deze publicatie 1

DEEL I. EVALUATIE VAN EEN VOEDINGSVOORLICHTINGSPROJECT VAN DE NEDERLANDSE HARTSTICHTING; EEN METHODENVERGELIJKEND ONDERZOEK

1. INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING 5

2. DOEL EN OPZET 8
2.1. Doel 8
2.2. Opzet 9
2.2.1. De aard van het onderzoek 9
2.2.2. De onderzoekspopulatie 10
2.2.3. De voorlichtingsbijeenkomsten 12
2.2.4. De metingen 13

3. ORGANISATIE EN UITVOERING 16
3.1. Werving van verenigingen 16
3.2. De steekproeven: organisatie en uitvoering 16
3.3. De voorlichtingsbijeenkomsten: organisatie en uitvoering 17
3.4. De metingen: organisatie en uitvoering 18

4. OPERATIONALISATIE VAN DE ONDERZOEKSVARIABELEN 21
4.1. De onafhankelijke variabelen 21
4.2. De afhankelijke variabelen 21
4.2.1. Kennis 21
4.2.2. Houding 22
4.2.3. Gerapporteerd gedrag 24
4.2.4. Waardering van de voorlichting 25
4.2.5. De samenhang tussen de afhankelijke variabelen 25
4.3. Samenvatting 26

5. VERWACHTINGEN TEN AANZIEN VAN DE RESULTATEN 27
5.1. Theoretische achtergronden 27
5.2. Vergelijkend methoden-onderzoek 30
5.3. Verwachtingen ten aanzien van de voorlichtingseffecten 32
5.3.1. Naar aanleiding van de theoretische oriëntatie 32
5.3.2. Naar aanleiding van vergelijkend methoden-onderzoek 32
5.4. Verwachtingen ten aanzien van de beoordeling van de voorlichting . 33

6. RESULTATEN 35
6.1. De uitgangssituatie (voormeting) 35
6.1.1. De socio-economische kenmerken 36
6.1.2. Kennis 37
6.1.3. Houding 38
6.1.4. Gerapporteerd gedrag 39
6.1.5. Conclusie 40
6.2. Verschillen de wegblijvers van de deelneemsters aan de voorlichtingsbijeenkomsten? 40
6.2.1. De socio-economische kenmerken 41
6.2.2. Kennis 41
6.2.3. Houding 41

6.2.4. Gerapporteerd gedrag 41
6.2.5. Conclusie 42
6.3. De groepen van lezing en kookbijeenkomst vergeleken 43
6.3.1. De socio-economische kenmerken 43
6.3.2. Kennis 46
6.3.3. Houding 47
6.3.4. Gerapporteerd gedrag 48
6.3.5. Conclusie 49
6.4. Voorlichtingseffecten m.b.t. kennis 49
6.4.1. Algemeen 49
6.4.2. Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: kennisvariabelen 51
6.5. Voorlichtingseffecten m.b.t. houding 51
6.5.1. Algemeen 51
6.5.2. Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: houdingsvariabelen 52
6.6. Voorlichtingseffecten m.b.t. gerapporteerd gedrag 56
6.6.1. Algemeen 57
6.6.2. Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: gedragsvariabelen 58
6.7. Welke rol speelt het actief bezig zijn bij de kookbijeenkomst? 60
6.8. Beoordeling van de voorlichting 61
6.8.1. Door verenigingsleden 61
6.8.2. Door verenigingsbesturen 62
6.9. Korte samenvatting van enkele resultaten 64

7. CONCLUSIES EN DISCUSSIE 66

8. ENKELE CONSEQUENTIES VAN HET ONDERZOEK 78

SAMENVATTING 81

SUMMARY 84

NOTEN 87

LITERATUUR 89

BIJLAGEN 91

AUTEURSREGISTER 144

DEEL II. NAAR STRATEGIEËN VAN VOEDINGSVOORLICHTING; EEN LITERATUURONDERZOEK

1. INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING 3

2. VOEDINGSGEDRAG 6
2.1. Begripsbepaling 6
2.1.1. Voedingsgedrag 6
2.1.2. Voedingspatroon 7
2.1.3. Voedingsgewoonten 7
2.1.4. Omschrijving van voedingsgedrag 8
2.2. De ontwikkeling van voedingsgedrag 8
2.2.1. Enkele theorieën m.b.t. het veranderen van gedrag 9
2.2.2. Ideeën over de ontwikkeling van gedrag vanuit enkele leertheorieën . 14
2.2.3. De ontwikkeling van voedingsgedrag 19

3. FACTOREN DIE VOEDINGSGEDRAG BEPALEN 22
3.1. Inleiding; het model van Langenheder 22
3.2. De invloed van 'objectieve' gegevens op voedingsgedrag 24
3.2.1. De fysieke omgeving 24
3.2.2. Individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen 24
3.2.3. De sociale omgeving (als onderdeel van de objectieve omgeving) 26
3.3. Culturele invloeden op voedingsgedrag 27
3.4. De invloed van directe en indirecte communicatie en interactie op voedingsgedrag 29
3.4.1. Indirecte communicatie 29
3.4.2. Directe sociale interactie 34
3.5. De invloed van de interne psychologische structuur op voedingsgedrag 40
3.5.1. Cognitieve voorstellingen 40
3.5.2. De motivatie- en behoeftenstructuur 46
3.5.3. De waardering van doelen en van de acties om die doelen te bereiken 50
3.5.4. De relatie tussen attitudes en gedrag 57

4. VOORLICHTING 61
4.1. Begripsbepaling 61
4.1.1. Voorlichting is communicatie 63
4.1.2. Voorlichting is planmatig 65
4.1.3. Het belang en het welzijn van de cliënt staan voorop 69
4.2. Waarom voorlichting als beïnvloedingsmethode? 71
4.2.1. Ethische overwegingen 71
4.2.2. Effectiviteits- en efficiëntieoverwegingen 72
4.3. Doeleinden van voorlichting 74
4.4. Voorlichters en voorlichtingsorganisaties 76

5. GEZONDHEIDSGEDRAG EN DE BEINVLOEDING VAN GEZONDHEIDSGEDRAG 78
5.1. Begripsbepaling 78
5.2. Gezondheidsgedrag en voedingsgedrag 81
5.3. De beïnvloeding van gezondheidsgedrag 83
5.3.1. Inleiding 83
5.3.2. Twee sociaal-psychologische visies 83
5.3.3. De rol van angst bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag 87
5.3.4. Gezondheidsgedrag in sociologisch perspectief 90
5.3.5. De beïnvloeding van gezondheidsgedrag 92

6. NAAR STRATEGIEËN VAN VOEDINGSVOORLICHTING 96
6.1. Begripsbepaling 96
6.2. Barrières bij pogingen tot beïnvloeding van voedingsgedrag 99
6.3. Huidige vormen van voedingsvoorlichting en hun effect 105
6.3.1. Inleiding 105
6.3.2. Voedingsbeïnvloeding, persoonsgerichte benaderingen 107
6.3.3. Voedingsbeïnvloeding, structuurgerichte benaderingen 117
6.3.4. Voedingsbeïnvloeding, geïntegreerde benaderingen 120
6.4. Naar strategieën van voedingsvoorlichting 124
6.4.1. Informatieverzameling 124
6.4.2. Doelen en doelgroepen 127
6.4.3. Inhoud 133
6.4.4. Methodiek 135
6.4.5. Structuur van de voorlichtingsorganisatie 138
6.4.6. Evaluatie 141
6.5. Suggesties voor verder onderzoek 146

SUMMARY 149
NOTEN 153
LITERATUUR 162
BIJLAGE: CHECKLIST 175
AUTEURSREGISTER 193

TOELICHTING OP DE SAMENSTELLING VAN DEZE PUBLICATIE

Deze publicatie bestaat uit twee delen, te weten:

I. een evaluatie-onderzoek naar enkele methoden van voedingsvoorlichting, gericht op de preventie van hart- en vaatziekten zoals uitgevoerd door diëtistes van de Nederlandse Hartstichting.

II. een selectieve bundeling van theoretische noties met betrekking tot voedingsgedrag en de mogelijkheden en onmogelijkheden dit via voorlichting te beïnvloeden.

De delen zijn afzonderlijk leesbaar, maar op één kerngedachte gebaseerd: het is wenselijk dat sociaal-wetenschappelijke theorie en de praktijk van voedingsvoorlichting meer geïntegreerd worden.
Dit uitgangspunt berust op de overweging dat enerzijds de praktijkwerker c.q. voorlichter niet of slechts incidenteel komt tot toepassing van nieuwe onderzoeksresultaten; anderzijds richt de (sociaal-wetenschappelijk) onderzoeker zich te weinig op het zoeken naar oplossingen van praktijkproblemen (minister TRIP in Nota Wetenschapsbeleid, 1975). Juist op het gebied van voorlichting bestaat een grote behoefte aan het slaan van een dergelijke brug. De noodzaak van meer onderzoek waarbij aan criteria van praktijkrelevantie tenminste evenveel aandacht wordt gegeven als aan wetenschappelijke kennisvergaring, is reeds vaker gesignaleerd en de belangstelling is ook in Nederland groeiende.[1]
Ons streven is dan ook geweest in het gehele project zo praktijkgericht mogelijk te werken. Dit hield in dat we na een verkenning van het veld en na literatuuroriëntatie ons op grond van de gebleken praktijkbehoefte allereerst hebben beziggehouden met een nadere determinatie van het bereikte publiek en met een methodenvergelijkend onderzoek. Voor een weergave van de aan de methodenvergelijking voorafgaande oriënterende onderzoeken zij verwezen naar een eerdere publicatie.[2]

[1] Zie o.a. M. van de Vall, 1973. A theoretical framework for applied social research, Int. J. Ment. Hlth *2* (2): 6-25 en G. W. Steuart, 1969. Scientist and professional: the relationship between research and action. Hlth Educ. Monogr. *29:* 1-10.
Een onderzoekstype dat zich zowel richt op theoretisch als praktisch rendement en daarmee als het ware instaat tussen fundamenteel en toegepast onderzoek is actie-onderzoek. Zie hiervoor o.a. artikelen van H. J. van der Braak, 1975. Action-research, plaatsbepaling van een onderzoekstype, Intermediair *11* (21): 23-29 en van F. G. Koopmans, 1976. De toepassing van actie-onderzoek. Intermediair *12* (7): 5-9.
Eerstgenoemde gaat in op de dilemma's die een dergelijke plaatsbepaling met zich meebrengt. Hij pleit voor niet enkel aandacht voor het genereren van veranderingen maar méér voor consolidatie en stabilisatie van ontketende veranderingen. Koopmans komt met een schets van een mogelijk werkprogramma voor een actie-onderzoeker.
[2] M.M. Westmaas-Jes, 1975. Verslag van het project Evaluatie voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting, Vakgroep Voorlichtingskunde, Wageningen.

De keuze van de te vergelijken methoden is ten sterkste door wensen vanuit de praktijk bepaald; vergeleken zijn een lezing met een zg. kookbijeenkomst, waarbij de aanwezigen door een diëtiste tot het zelf bereiden van een cholesterolverlagende maaltijd worden gestimuleerd.
De evaluatie van de beide methoden gaf niet alleen antwoord op de gestelde vragen, maar leverde daarnaast een goed inzicht op in problemen die zich in de praktijk van (voedings)voorlichting voordoen. Met deze inzichten als achtergrond is vervolgens geprobeerd via (opnieuw) literatuurstudie theorieën en ideeën toe te passen op sommige van deze praktijkproblemen. Dit houdt in dat bij de bestudering van de literatuur minder is gestreefd naar weergave van zoveel mogelijk theorieën dan naar het aangeven van de implicaties van bepaalde ideeën voor de praktijk.
Uiteraard is het volstrekt onmogelijk in één publicatie 'oplossingen' te bieden die zelfs maar een deel van het probleemgebied afdoend bestrijken. In plaats daarvan hebben wij gepoogd een aanzet te geven tot een meer systematische opzet van voorlichtingsstrategieën. Via een dergelijke opzet kan planmatiger aan oplossingen worden gewerkt. Uitgaande van het geschetste model zijn ook aan het einde van het literatuurverslag al een aantal suggesties voor verder onderzoek geformuleerd.
Onze wens is dat met name consulenten in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en anderen die met het opzetten van strategieën van voedingsvoorlichting belast zijn of daarin geïnteresseerd aan deze publicatie waardevolle ideeën ontlenen.

DEEL I.

Evaluatie van een voedingsvoorlichtingsproject van de Nederlandse Hartstichting; een methodenvergelijkend onderzoek

1. INLEIDING

Nederland vormt geen uitzondering op de regel dat in de ontwikkelde westerse wereld hart- en vaatziekten epidemische proporties hebben aangenomen (DE HAAS, 1969; Advies, 1971; MAY, 1974; UPPAL, 1974). Aangezien het bij deze en andere zg. welvaartsziekten voor een belangrijk deel gedragsziekten betreft, houden vele personen en instanties zich bezig met pogingen anderen tot een minder risico-volle, gezondere leefwijze te brengen, bij voorkeur voordat de ziekte zich ontwikkelt (primaire preventie).

Binnen het totale takenpakket van de Nederlandse Hartstichting neemt de algemene primaire preventie de laatste jaren een belangrijke plaats in. Naast stimulering van acties voor méér lichaamsbeweging, beïnvloeding van rookgewoonten, valt hierbij de nadruk op de voedingsvoorlichting. In 1972 kreeg deze voorlichting gestalte door het aantrekken van acht, inmiddels twaalf diëtistes, ten behoeve van de actie 'Leef lang en lekker'. Al achtte de Hartstichting noodzaak en mogelijkheden van veranderingen in gedrag en leefwijze als middel tot reductie van het aantal hart- en vaatziekten voldoende overtuigend bewezen, dit betekende niet dat de wijze waarop deze gedragsverandering het beste tot stand komt, bekend was. De diëtistes verzorgen bijeenkomsten voor belangstellenden, waarop de deelneemsters zelf, na een inleiding door de diëtiste, een cholesterolverlagende maaltijd bereiden.

De Hartstichting hanteert deze vorm van voorlichting vanuit de gedachte dat de deelneemsters door actief te participeren zich meer met inhoud en aard van de voorlichtingsboodschap vertrouwd maken, waardoor het uiteindelijk voorlichtingseffect groter zal zijn, vergeleken met bijv. een lezing. Er zijn inderdaad bewijzen dat actieve participatie het effect van persuasieve communicatie kan vergroten (HOVLAND et al., 1963; JAHODA & WARREN, 1970). Het was echter niet nagegaan of deze veronderstelling opging in de praktijk van de kookbijeenkomsten. Bovendien is een dergelijke bijeenkomst in sommige gevallen moeilijk uitvoerbaar.

Dit was voor de Hartstichting aanleiding tot de vragen:

- wat is het effect van de huidige voorlichting (= via kookbijeenkomsten)
- verschilt een kookbijeenkomst in effect met een lezing?

Voor de beantwoording van dergelijke vragen vanuit de praktijk van een voorlichtingsorganisatie is voorlichtingskundig onderzoek uitermate geschikt, mits voldaan kan worden aan een aantal voorwaarden:

- er moet een goede samenwerkingsrelatie bestaan tussen voorlichtsters, i.c. diëtistes en onderzoeker,
- een goede samenwerkingsvorm tussen beleidsbepalende personen in de voorlichtingsorganisatie en onderzoeker is een vereiste, zowel voor een goed verloop van het onderzoek als voor een dóórwerken van de resultaten op beleidsniveau,
- het onderzoek moet plaatsvinden onder condities die zo weinig mogelijk afwijken van de normale voorlichtingspraktijk, terwijl daarnaast aan basis-

vereisten van wetenschappelijk onderzoek dient te worden voldaan.

Realisering van de beide eerste voorwaarden is door onderzoekster nagestreefd door continue open rapportage over verloop en deelresultaten van het onderzoek en waar mogelijk bespreking op diëtistenvergaderingen. Realisering van de derde voorwaarde bleek op bevredigende wijze mogelijk doordat het onderzoek volledig als veldexperiment is uitgevoerd (zie hoofdstuk 3.).

Het onderzoek betrof een vergelijking van de genoemde voorlichtingsmethoden:

1. lezing,
2. kookbijeenkomst.

De keuze van de in het onderzoek opgenomen voorlichtingsmethoden is dus duidelijk bepaald door de praktijk: men verzorgde al kookbijeenkomsten (en was uiteraard geïnteresseerd in de resultaten daarvan) en men zag als alternatief lezingen, waarbij het mogelijk was meer op de achtergronden in te gaan.

Een belangrijke overweging bij de keuze van een optimale methode is idealiter ook de aard van het te bereiken doel. Om – althans achteraf – na te kunnen gaan in welke mate de onderzochte methoden passen bij de gestelde doelen, is het onderzoek gestart met een uitgebreide doelinventarisatie.

Een andere overweging bij methodenvergelijkend onderzoek is de generaliseerbaarheid van de resultaten. Het is dan ook belangrijk te weten welke de kenmerken van de onderzochte populatie zijn. Een eerste deelonderzoek, dat elders is gepubliceerd (WESTMAAS-JES, 1975) gaf hier een voorlopig inzicht in, dat is getoetst (en bevestigd) in het onderzoek waarvan hier verslag wordt uitgebracht. Vrijwel alle onderzoek waarbij methoden zijn vergeleken, speelt zich af in klas- of collegeverband met leerlingen of studenten als onderzoekspopulatie.[1] Hoewel de nadruk op deze doelgroep begrijpelijk is gezien de bereikbaarheid, maakt het de generaliseerbaarheid naar andere doelgroepen vaak moeilijk. In het huidige onderzoek is daarom gewerkt met het normale publiek van de Nederlandse Hartstichting: leden van vrouwenverenigingen. Hiervoor zijn in totaal 10 bijeenkomsten met een lezing vergeleken met 10 kookbijeenkomsten, telkens in dezelfde plaats voor publiek van dezelfde vereniging.

Het verslag is als volgt opgebouwd: na doel en opzet van het onderzoek (hoofdstuk 2.) wordt in hoofdstuk 3. de organisatie en uitvoering beschreven. De operationalisatie van de onderzoeksvariabelen komt in hoofdstuk 4. aan de orde. In hoofdstuk 5. zijn op basis van wat er aan theorie (5.1.) en vergelijkend methodenonderzoek (5.2.) bekend is, enkele verwachtingen over de resultaten van de voorlichting geformuleerd. Hoofdstuk 6. geeft vervolgens de resultaten, onderverdeeld naar een beschrijving van de onderzochte groeperingen en de resultaten m.b.t. kennis, houding en gerapporteerd gedrag. Hoofdstuk 7. wordt gevormd door conclusies, waarbij telkens per groep conclusies enige discussie plaatsvindt.

In hoofdstuk 8. wordt, op basis van een enquête onder de diëtistes en gesprekken met de medisch directeur en diens plaatsvervanger in de periode juli 1975-juli 1976 geprobeerd aan te geven welke gevolgen de wijze van aanpak en de resultaten van het onderzoek op de voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting hebben gehad.

In de bijlagen zijn o.a. enkele minder kwantitatieve, meer beschrijvende gegevens opgenomen over het verloop van de voorlichtingsbijeenkomsten en diverse reacties van respondenten op open vragen (bijlagen III, VII en VIII). Ook treft men in de bijlagen enige nadere toelichting op de gebruikte bewerkingstechnieken en de resultaten van een analyse naar de samenhang tussen kennis-, houdings- en gedragsvariabelen aan (bijlagen, V, VI, IX en X).

2. DOEL EN OPZET

2.1. DOEL

Het doel van dit onderzoek is geweest het vinden van antwoorden op de volgende vragen:

- Leidt bijwonen van de bijeenkomsten waarop door diëtistes van de Nederlandse Hartstichting voedingsvoorlichting gegeven wordt, tot:
  a. vergroting van *kennis* van oorzaken van hart- en vaatziekten, met name in relatie tot voeding;
  b. vergroting van *kennis* van de mogelijkheden tot preventie van hart- en vaatziekten;
  c. verandering van *houding* t.a.v. de mogelijkheden tot preventie van hart- en vaatziekten;
  d. vergroting van *kennis* van de samenstelling van voedingsmiddelen, met name wat betreft de verborgen vetten en cholesterol;
  e. verandering in *houding* t.a.v. het gebruik van door de voorlichting aanbevolen voedingsmiddelen;
  f. verandering in voedings*gedrag* in de door de voorlichting aanbevolen richting?
- Zijn er *verschillen* in de *effecten*, genoemd onder a. t/m f. tussen
  o een lezing = uiteenzetting door diëtiste, waarbij en waarna vragen gesteld en beantwoord worden (L); en
  o een kookbijeenkomst = inleiding door diëtiste (+ vragen), waarna de deelneemsters zelf een maaltijd/hapjes bereiden (KB)?
- Hoe *waardeert* het publiek het gezelligheidsaspect van de voorlichtingsbijeenkomsten van verschillende aard (lezing, resp. kookbijeenkomst)?
- In welke *relatie* staat deze *waardering* tot de onder a. t/m f. genoemde *effecten?*

Deze doelomschrijving is afgeleid uit de algemene doelstellingen van het voedingsvoorlichtingsproject 'Leef lang en lekker'. Om te komen tot een voor het onderzoek hanteerbare probleemstelling is bovenstaande doelomschrijving hergeformuleerd in 4 onderdelen. Het vijfde onderdeel is toegevoegd vanuit de basisgedachte van het onderzoek, nl. dat met behulp van de resultaten een bijdrage aan de optimalisering van de voedingsvoorlichting zou kunnen worden geleverd (zie 2.2.1.).

De geherformuleerde probleemstelling luidt als volgt:

1. in hoeverre is sprake van een verschil in:
   kennis t.a.v.
   a. risico-factoren voor hart- en vaatziekten
   b. mogelijkheden van preventie via voeding
   c. samenstelling van voedingsmiddelen
   houding t.a.v.
   d. mogelijkheden van preventie

e. gebruik van door de voorlichting aanbevolen voedingsmiddelen
gerapporteerd gedrag m.b.t. voeding.

tussen:

personen die (nog) niet en personen die wèl een voorlichtingsbijeenkomst van de Hartstichting hebben bijgewoond.

Het gaat bij dit deel van de probleemstelling dus duidelijk om een algemeen voorlichtingseffect[2].

2. In hoeverre is sprake van een verschil in de onder 1. genoemde kennis-, houdings- en gedragscomponenten, tussen personen die:
   o een lezing met discussie hebben bijgewoond (L);
   o een kookbijeenkomst hebben bijgewoond (KB)?
3. *in hoeverre verschillen personen die:*
   een lezing hebben bijgewoond, en die een kookbijeenkomst hebben bijgewoond, in hun mening over de gegeven voorlichting?
4. in hoeverre hangt het onder 3. bedoelde onderscheid in (gepercipieerde) methode-kenmerken samen met de onder 2. bedoelde verschillen in voorlichtingseffecten?
5. Welke aanbevelingen m.b.t. de voedingsvoorlichting kunnen op grond van de resultaten van het onderzoek en op grond van ervaringen van onderzoekster in de onderzoekssituatie worden gedaan?

2.2. Opzet

2.2.1. De aard van het onderzoek

Wanneer het er om gaat verschillen in effecten tussen twee behandelingswijzen vast te stellen, spreekt men van evaluatie. De term evaluatie omvat overigens veel meer dan alleen het vaststellen van effecten. Van de talrijke definities is die waartoe SUCHMANN na weergave van een aantal omschrijvingen door andere auteurs komt, zowel helder als veelomvattend. Hij omschrijft evaluatie als:

– het vaststellen (m.b.v. meningen, subjectieve en/of objectieve gegevens)
– van de resultaten (gewenst/ongewenst; blijvend of kort; direct of later optredend)
– van een activiteit (programma of deel ervan; therapie; medicijnen, etc.)
– die is opgezet om een bepaald gewenst doel te bereiken (op korte, middellange, of lange termijn; prestatie of poging).

(SUCHMANN, 1976).[3]

Wanneer het vaststellen van die resultaten gebeurt volgens wetenschappelijke principes (als objectiviteit, herhaalbaarheid etc.), dan is sprake van evaluatieonderzoek (HYMAN, 1962; SUCHMANN, 1967). De opzet hiervan verschilt, afhankelijk van aard en doel van het onderzoek. Het doel van evaluatieonderzoek wordt door WEISS omschreven als: 'to measure the effects of a program against the goals it set out to accomplish as a means of contributing to subsequent decision-making about the program and improving future programming' (WEISS, 1972). De klassieke opzet van onderzoek waarbij het erom

gaat de invloed van een bepaalde variabele op andere variabelen na te gaan, is gebruik te maken van één of meer experimentele groepen en een controle-groep. HYMAN constateert al in 1962 dat in evaluatie-onderzoek vaak geen sprake is van een controle-groep, o.a. doordat deze in praktijksituaties vaak moeilijk te vinden is. Of men heenstapt over dit punt dat uit methodologische overwegingen als nadeel moet worden gezien, hangt af van de rol die men aan het onderzoek toekent. Vele auteurs wijzen mèt WEISS op de terugkoppelings-('feedback')-rol van evaluatie-onderzoek, d.w.z. de mogelijkheid een activiteit te evalueren, de resultaten te rapporteren op beleidsniveau, waarna in het optimale geval het beleid wordt aangepast aan de nieuwe inzichten en de dan ontstane situatie opnieuw wordt geëvalueerd (BLUM, 1974; v.d. VALL, 1973). De intensiteit waarmee dit proces in de praktijk plaatsvindt, wordt uiteraard onder andere bepaald door een afwegen van kosten en baten (BLUM, 1974).
WAKEFIELD (1974) pleit voor méér evaluatie-onderzoek in de praktijk van de gezondheidsvoorlichting met als doel 'eliminating the 99 wrong ways of doing things.'

Het onderzoek is vanuit deze laatste visie dan ook opgezet met een open oog voor mogelijkheden tot verbetering. In de inleiding is al gesteld dat een zeer belangrijke overweging, die hiermee nauw samenhangt, is geweest het werken in een praktijksituatie, teneinde de praktische toepasbaarheid maximaal te maken. Dit is dan ook de reden dat we gekozen hebben voor een veldexperiment. Hierbij was enerzijds sprake van een ingreep in de normale gang van zaken doordat verenigingsleden die normaal als één groep een verenigingsavond bijwonen nu na splitsing met de helft via één van beide methoden voorlichting kregen. Anderzijds is de invloed van deze ingreep minimaal gehouden doordat de deelneemsters niet wisten dat het om een experiment ging. Uiteraard brengt een dergelijk praktijkexperiment extra problemen mee: men is als onderzoeker afhankelijk van bereidwilligheid, begrip en inzet van de besturen. Het was een vraag of de toevalstoedeling aan de beide methoden zou slagen. Uiteindelijk wegen o.i. de voordelen van een dergelijke studie in de praktijk, in de vorm van een beter inzicht in de reële situatie en daardoor de mogelijkheid de resultaten beter af te stemmen op die praktijk, ruimschoots op tegen het nadeel van een eventuele afwijking van de ideaal-theoretische onderzoeksopzet.

2.2.2. *De onderzoekspopulatie*

Het onderzoek vond plaats onder leden van 10 vrouwenverenigingen, verspreid over Nederland (zie kaart 1). In tegenstelling tot een vooronderzoek, waarbij *alle* bijeenkomsten in een periode van 1 maand zijn betrokken, is hier een beperking tot één categorie aanvragers gemaakt, teneinde een iets homogenere onderzoekspopulatie te krijgen. Op deze wijze is voorkomen dat we alle vergelijkingen nog voor een extra variabele, nl. de aard van de organiserende vereniging, moesten differentiëren, wat per vergelijking tot te kleine aantallen zou leiden. De keuze is gevallen op de vrouwenverenigingen omdat die van het totale publiek van de Hartstichting een belangrijk deel uitmaken (zie WESTMAAS-JES, 1975: 3.1.) èn omdat wij vermoeden dat bij vrouwenverenigingen, waar zeer regelmatig bijeenkomsten van zijn, het bestuur zou kunnen

KAART 1. De tien plaatsen waar het onderzoek plaatsvond

aangeven welke personen regelmatig op dergelijke bijeenkomsten kwamen. Dit gegeven was nodig om een zo goed mogelijke steekproef voor de vóórmeting te verkrijgen. Bovendien was in het vooronderzoek gebleken dat het aantal aanwezigen op avonden van verenigingen hoger was dan bij avonden van de Vereniging Vrienden van de Hartstichting (gem. 76 t.o. 28!). Dit was van belang i.v.m. de opzet van het experiment. Het verzoek aan de besturen behelsde nl. o.a. of de verenigingsleden in twee groepen mochten worden opgedeeld, waarvan de ene groep voor één datum, de andere groep voor een andere datum zou worden uitgenodigd. Omdat dit tot kleine groepen per bijeenkomst zou leiden, is naast de beperking tot vrouwenverenigingen een tweede beperking in de onderzoekspopulatie gemaakt. Alleen die besturen zijn benaderd, die opgaven 50 of meer leden op de bijeenkomst te verwachten. Deze grens van 25 personen per groep minimaal is uiteraard arbitrair, maar het is toch niet onwaarschijnlijk dat bij kleine groepen andere groepsdynamische processen een rol gaan spelen, wat de vergelijkbaarheid beperkt. Te grote verschillen in publieksgrootte kunnen bovendien leiden tot moeilijkheden bij de interpretatie van eventuele gevonden effectverschillen. Op grond van deze overweging zou men ook kunnen pleiten voor het stellen van een maximum grens. Dit is echter niet gebeurd, omdat het aantal verenigingen dat voor deelname aan het experiment in aanmerking kwam, dan wellicht te klein zou worden.

De diëtistes gaven alleen de aanvragen met een verwacht aantal van 50 of meer leden door, zodat niet exact is na te gaan welk deel deze groep uitmaakt van alle aanvragen door vrouwenverenigingen. Ter oriëntatie zij opgemerkt dat in het vooronderzoek bij slechts één van de 7 bijeenkomsten voor vrouwenverenigingen minder dan 50 personen aanwezig waren.

2.2.3. *De voorlichtingsbijeenkomsten*

Een uitgebreide beschrijving van het verloop van een lezing en kookbijeenkomst is te vinden in bijlage III. We geven hier het verloop schematisch.

Lezing: het verloop van een bijeenkomst, waarop een lezing wordt gehouden, is globaal als volgt:
- inleiding door diëtiste, variërend van 40-70 minuten (incl. vragen);
- pauze van ca. 20-25 minuten;
- vragen, dan wel vervolg inleiding + vragen, min. 30 min., max. 90 min.

Kookbijeenkomst: het grondpatroon van een kookbijeenkomst bestaat uit:
- inleiding door diëtiste, min. 30, max. 80 minuten (+ vragen);
- pauze 20-35 min. eventueel inclusief (deel)bereiding;
- uitdeling en uitleg te maken recepten;
- bereiding en proeven, min. 40, max. 90 minuten (+ vragen).

Op dit grondpatroon bestaan variaties:
- o bereiding vindt vooraf/ in de pauze plaats door deel van de groep;
- o uitleg van de recepten vindt al vóór de pauze plaats;
- o vragen: tijdens en na de inleiding en/of
  na pauze vóór bereiding, en/of
  gedurende de bereiding, en/of
  na bereiding + proeven.

Kenmerkende overeenkomst tussen de diverse uitwerkingen van de kookbijeenkomst, tevens verschil met de lezing is dat het publiek heeft kunnen kennismaken met enkele toepassingen van de 'theorie' van de inleiding. Bij deze toepassing (receptenbereiding) is een deel van het publiek, gem. 50%, actief geweest.

In de inleiding door de diëtiste komen bij zowel de lezing als de kookbijeenkomst tenminste de volgende onderwerpen aan de orde:
- ernst van het verschijnsel hart- en vaatziekten; risico-factoren en mogelijkheden tot preventie, met name via voeding;
- wat is cholesterol, onderscheiding soorten vetzuren: verzadigde en enkelvoudig resp. meervoudig onverzadigde;
- welke voedingsmiddelen bevatten veel cholesterol, idem verzadigde vetzuren, welke voedingsmiddelen bevatten meervoudig onverzadigde vetzuren.

Het thema: waaruit bestaat een verantwoorde dagelijkse voeding wordt meer of minder uitgebreid aan de orde gesteld aan de hand van:
a. de schijf van vijf (Voorlichtingsbureau voor de Voeding),
b. de indeling in bouw-, brand- en beschermende stoffen.

De gekozen presentatie is afhankelijk van de diëtiste. Dit geldt eveneens voor de mate waarin de koolhydraten in de voeding behandeld worden.

Een moeilijkheid bij een veldexperiment is dat er altijd de mogelijkheid bestaat dat veranderingen veroorzaakt worden doordat in de massamedia tegelijkertijd veel aandacht is besteed aan het onderzochte onderwerp. Een analyse van de voornaamste damesbladen, radio- en televisieprogramma's geeft geen aanleiding om te veronderstellen, dat dit ook hier het geval is geweest.

2.2.4. *De metingen*

Het ging als gezegd (2.1.) in dit onderzoek om beantwoording van de volgende vragen:
- zijn er na de voorlichtingsbijeenkomsten meetbare verschillen in kennis, houding en gedrag m.b.t. voeding en hart- en vaatziekten bij de deelneemsters opgetreden?
- zijn er wat dit betreft, verschillen tussen de deelneemsters die een lezing, dan wel een kookbijeenkomst hebben bijgewoond?
- zijn er tussen lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters verschillen in oordeel over de bijgewoonde voorlichtingsbijeenkomst en in welke mate hangt dit eventuele verschil in beoordeling samen met eventuele effectverschillen?

Om bovengenoemde vragen te kunnen beantwoorden, moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:
- in de uitgangssituatie moeten de deelneemsters aan de beide soorten bijeenkomsten zo vergelijkbaar mogelijk zijn, m.a.w. we streven naar een toevalstoedeling aan de methode.
- bij de meting na de bijeenkomsten moeten we kunnen beschikken over een groep deelneemsters die niet ook al eerder is geënquêteerd. Het is nl. goed mogelijk dat het meten op zich een invloed uitoefent doordat de respondente vóór de bijeenkomst door bepaalde vragen zich bewust is geworden van la-

cunes in kennis etc. en daardoor extra attent is op bepaalde elementen van de voorlichting. Anderzijds zijn eventuele veranderingen het snelst afleesbaar uit individuele vergelijkingen. Dit is de reden dat in de nu volgende onderzoeksopzet beide categorieën zijn vertegenwoordigd.

Per plaats zijn twee metingen verricht, nl. een vraaggesprek één week voor de bijeenkomsten en een vraaggesprek aan de hand van hetzelfde vragenformulier met enkele aanvullingen, vier weken na de bijeenkomsten.

Veelal vinden in onderzoek waarbij men het effect van beïnvloedingspogingen probeert na te gaan, diverse metingen plaats: direct na de voorlichting/les/actie, enkele (2-6) weken erna en enkele maanden tot een jaar later. Gezien de aard van ons onderzoek – experiment, steunend op intensieve vrijwillige medewerking van de praktijk én geografisch zeer verspreid – was een dergelijke opzet financieel en organisatorisch niet haalbaar. De kosten zouden de baten vermoedelijk veruit overtroffen hebben.

De gekozen periode van vier weken is een compromis tussen de wens niet ten onrechte een te optimistisch beeld van het voorlichtingseffect – met name op kennis – te krijgen door direct na de voorlichting te meten, en anderzijds de gedachte niet te lang na de voorlichting te moeten peilen, omdat in dat geval wellicht bepaalde effecten zich in een proces van uitdoving zouden gaan bevinden. In dat geval verliest het onderzoek het vermogen te differentiëren en aan te tonen waar, althans op een termijn van enkele weken, wél effect meetbaar is en op welke punten de voorlichting of de situatie waarin de voorlichting zich afspeelt kennelijk nog te kort schiet. Een meting direct na de voorlichting gaat bovendien voorbij aan de mogelijkheid van het optreden van uitgestelde effecten, z.g. 'sleeper effects'.

Hoewel uiteraard de resultaten van vaker herhaalde metingen veelzijdiger zijn, lijkt bij de gegeven situatie een periode van vier weken een realistische keuze. Het geconstateerde gedrag is, voor zover het niet enkel het resultaat is van weten wat men 'hoort' te doen en dit dan ook opgeven, na vier weken zeker niet meer te zien als een eenmalige opwelling van het eerste uur.
Aan de andere kant kan men er evenmin zeker van zijn dat het 'nieuwe' gedrag volledig bestendigd is. Versterking vanuit de (directe) omgeving zal bij dit proces een belangrijke rol spelen.

De onderzoeksopzet is schematisch als volgt weer te geven:

t_o(L) n= 75	L	NALVO n= 43
	L	NALNV n= 65
t_o(KB) n= 78	KB	NAKVO n= 42
	KB	NALNV n= 75

t_o(L) = meting bij personen die voor de lezing zijn uitgenodigd.
t_o(KB) = meting bij personen die voor de kookbijeenkomst zijn uitgenodigd.
L = lezing
KB = kookbijeenkomst
NALVO = NAmeting bij personen die naar een Lezing zijn geweest en ook zijn VOorgemeten.
NALNV = NAmeting bij personen die naar een Lezing zijn geweest en Niet zijn Voorgemeten.
NAKVO = NAmeting bij personen die naar een Kookbijeenkomst zijn geweest en ook zijn VOorgemeten.
NAKNV = NAmeting bij personen die naar een Kookbijeenkomst zijn geweest en Niet zijn Voorgemeten.

= voorgemeten personen die niet zijn nagemeten.

Bij deze opzet dachten wij aan een verdeling van de respondenten als volgt:
bij voormeting: 8 personen per plaats en per methode.
bij nameting: 6 al voorgemeten personen per plaats en per methode, 6 'nieuwe' personen per plaats en per methode.

Deze verdeling is te zien als een compromis tussen de wens tot een maximaal aantal individuele vergelijkingen en de mogelijkheid de eventuele invloed van de voormeting op zich te bepalen. Het leek niet haalbaar alle 8 voorgemeten personen ook in de nameting op te nemen; we verwachtten enige uitval doordat respondenten a) (toch) niet naar de bijeenkomst komen en b) weigeren voor een tweede keer geïnterviewd te worden. Deze opzet zou hebben geresulteerd in: 40 personen met alleen voormeting; 120 personen met voor- en nameting; 120 personen met alleen nameting. Deze opzet is niet exact zo gerealiseerd, omdat het aantal respondenten dat niet naar de bijeenkomst kwam veel hoger was dan verwacht. Hierdoor konden slechts 85 van de voorgemeten personen nagemeten worden. De aantallen rechtsonder geven de uiteindelijk gerealiseerde metingen per groep aan. Voor de wijze waarop deze onderzoeksopzet is gerealiseerd zie verder hoofdstuk 3. 'Organisatie en uitvoering'.

3. ORGANISATIE EN UITVOERING

3.1. WERVING VAN VERENIGINGEN

In totaal voldeden in de periode oktober en november 1974 21 aanvragen van vrouwenverenigingen aan het criterium van een verwacht bezoekersaantal van 50 of meer. Oorspronkelijk is geprobeerd bestuursleden telefonisch tot deelname te bewegen. De eerste 3 op deze wijze benaderde besturen bleken niet tot deelname bereid: 'eng', 'kunnen we tegenover onze leden niet verantwoorden', 'maar hoe moeten we ons tegenover onze leden dan opstellen?' Na deze ervaring is afgezien van verdere telefonische benadering en is overgegaan op persoonlijk bezoeken van de resterende 18 besturen, zo voltallig mogelijk. Al heel spoedig bleek nl. dat wanneer niet alle leden van het bestuur bij het gesprek aanwezig waren geweest, de bezwaren van de niet-aanwezigen achteraf leidden tot intrekking van de toegezegde deelname. Uiteindelijk verleenden 10 besturen, bezocht in de periode 12 augustus t/m 20 september 1974, definitief hun medewerking. Dit betrof besturen van de Nederlandse Vrouwen Energie Vereniging, de Christelijke Plattelandsvrouwen Bond, de Vrouwenorganisatie van de NCB (2x), de Vrouwenbond NVV, de Ned. Bond van Plattelandsvrouwen (2x), de Ned. Christen Vrouwen Bond (NVCB), het Katholiek Vrouwengilde en de Limburgse Vrouwenbeweging (LVB).

3.2. DE STEEKPROEVEN: ORGANISATIE EN UITVOERING

Alle besturen stuurden een ledenlijst van hun vereniging op waarbij elk verenigingslid een aantekening a), b) of c) had:
a) = komen altijd of bijna altijd,
b) = komen een enkele keer,
c) = komen zelden of nooit.

De steekproef voor de voormeting is getrokken uit een deelpopulatie van verenigingsleden, nl. uit de a) categorie, de 'actieve' leden. Uitsluiting van de z.g. 'papieren' leden, de b) en c) categorie had tot doel de kans op het verkrijgen van zoveel mogelijk individuele dubbelmetingen maximaal te maken.

De steekproeven voor de nameting werden als volgt samengesteld:
- alle voorgemeten personen die aanwezig waren geweest, zijn eerst opgenomen,
- vervolgens is de steekproef aangevuld met een selectie volgens toeval uit de overige aanwezigen van de a) categorie tot het voor die plaats gewenste aantal.
- zijn onvoldoende 'actieve' leden aanwezig geweest, dan volgt aanvulling met respondentes uit de b) en c) categorie. Dit was in totaal 16 van de 140 keer nodig; in dit laatste geval is gevraagd of er bepaalde redenen waren waarom de respondente naar deze verenigingsavond was gegaan. Men kan b.v. vermoeden dat de aanwezigheid van een hartpatiënt(e) in de naaste omge-

ving of het feit dat men zelf hartpatiënt(e) is iemand speciaal naar déze avond doet komen, terwijl men anders de verenigingsavonden nooit bezoekt. Zou dit het geval geweest zijn, dan waren de desbetreffende personen niet opgenomen; hun vermoedelijke grotere kennis van en ervaring met hart- en vaatziekten leidt dan nl. tot een vertekening in de onderzoekspopulatie. Het is de bedoeling dat de onderzoekspopulatie een zo normaal mogelijke doorsnee is van het normale publiek van een dergelijke verenigingsavond.

3.3. De voorlichtingsbijeenkomsten: organisatie en uitvoering

Voor de 10 deelnemende verenigingen zijn door de diëtiste van de Hartstichting totaal 20 voorlichtingsbijeenkomsten verzorgd: tienmaal een lezing en tienmaal een kookbijeenkomst. In vrijwel alle gevallen stond de datum voor de (ongesplitste aangevraagde) bijeenkomst al vast. In overleg met de desbetreffende diëtiste en het bestuur werd de tweede datum bepaald, zo dicht mogelijk bij de al vastgestelde. Dit kwam in zeven van de tien gevallen op één week eerder of later in verband met beschikbaarheid van de zaalruimte; in één geval was sprake van acht dagen tussenruimte, in twee gevallen van slechts twee dagen.

Totaal 7 van de destijds 8 diëtistes hebben gesplitste bijeenkomsten verzorgd; van de achtste was slechts één aanvrage geschikt en dit bestuur weigerde helaas medewerking. Per plaats verzorgde telkens dezelfde diëtiste de lezing en de kookbijeenkomst.

Er is gestreefd naar gelijke verdeling van de volgorde van de bijeenkomsten. Door sterke voorkeur van de meeste besturen voor eerst een lezing, daarna een kookbijeenkomst, was in 8 van de 10 gevallen de eerste bijeenkomst een lezing.

Het idee twee afzonderlijke bijeenkomsten te houden, waarbij de leden niet op de hoogte zouden mogen zijn van de redenen hiervoor, gaf sommige besturen wat problemen. Twee besturen vulden de vraag hiernaar op het hen toegestuurde formulier (bijlage VIII) niet in, 4 zeiden er goed of positief tegenover te staan, de overige 4 hadden gemengde gevoelens: 'We zagen het niet zo zitten,' 'eerst leuk, achteraf kwamen de bedenkingen', 'iets huiverig, hoe nemen de leden dit op?', 'weifelend, waren bang voor de opkomst, voorzagen kritiek van de leden die niet uitgenodigd zouden worden voor de avond met 'hapje'; deze was nl. in ons programma aangekondigd'. Overigens gaven alle 4 aan dat het achteraf gezien was meegevallen. Van alle 10 besturen zei slechts één dat het was tegengevallen, omdat de volledige groep naar haar idee gezelliger was.

In elk van de plaatsen kreeg de helft van de leden een uitnodiging voor de datum van de lezing, de andere helft voor de datum van de kookbijeenkomst. De door het bestuur verstrekte ledenlijst werd hiertoe volgens toeval (lotingstabel) in tweeën gesplitst. Het bestuur was van de verschillende aard van de beide bijeenkomsten op de hoogte, de leden niet. Er zijn, met uitzondering van sommige bestuursleden, geen mensen naar beide bijeenkomsten geweest.

Het versturen van de uitnodigingen voor de lezing, resp. kookbijeenkomst gebeurde door de onderzoekster vanuit Wageningen; de uitnodiging stond echter

op Hartstichtingspapier en was ondertekend door een medewerkster van de Hartstichting, dit om de kans dat enige relatie met een onderzoek gelegd zou worden zo klein mogelijk te maken (voor de brieven zie bijlage I). Er is zoveel mogelijk rekening gehouden met het tijdstip waarop de leden van elke vereniging normaal altijd op de hoogte worden gesteld van een bijeenkomst. Ook is, waar een convocatie of bericht in plaatselijk (verenigings)blad gebruikelijk was in de brief hierop aangesloten.

3.4. DE METINGEN: ORGANISATIE EN UITVOERING

De metingen bestonden uit mondelinge interviews aan de hand van vragenlijsten die zowel open vragen als vragen met voorgecodeerde antwoordmogelijkheden bevatten. De proefenquêtes werden uitgevoerd door Lidi Remmelzwaal, die ook in de opzet en uitvoering van een vóóronderzoek een belangrijk aandeel heeft gehad, en door mijzelf; de proefenquête vond plaats in Koudekerke (ZH) en Helmond.

De metingen voor het onderzoek zelf zijn uitgevoerd door totaal 16 enquêtrices (allen studentes); deze kregen koppelsgewijs de (proef)enquête mee naar huis na algemene bespreking en instructie. Het koppelsgewijs meegeven had tot doel gezamenlijk inoefenen te stimuleren. Twee weken later zijn twee dagen besteed aan het per koppel bespreken van gerezen vragen en waar nodig nadere instructie.

De metingen vonden plaats:

a. één week voor de lezing en de kookbijeenkomst,
b. vier weken na de lezing en de kookbijeenkomst.

Een week voordat de interviews van de voormeting zouden plaatsvinden, is een introductie-brief gestuurd om de komst van een enquêtrice aan te kondigen. In deze brief wordt gesproken over een onderzoek naar de ervaringen van de aangeschreven huisvrouw met 'bepaalde vormen van voorlichting in de gezondheidszorg'. Er is uitdrukkelijk geen verband gelegd met de voorlichtingsbijeenkomst van de Hartstichting (brief zie bijlage II). Bij de nameting is terwille van maximale vergelijkbaarheid dezelfde introductie-brief gebruikt. Degenen die reeds waren voorgemeten, zijn de tweede keer benaderd zonder brief vooraf. Iedere respondente heeft dus slechts eenmaal een introductie-brief ontvangen.

De tijdsduur van het interview varieerde van 30 minuten tot ruim een uur. Omdat gestreefd is naar zoveel mogelijk 'dubbele metingen', d.w.z. een interview bij dezelfde respondenten zowel vóór als 4 weken na de voorlichting, zijn per plaats minimaal 2 enquêtrices ingezet. Bij de nameting werden de adressen van diegenen die ook waren voorgemeten, aan de andere enquêtrice toebedeeld. Eenzelfde respondente is dus door verschillende enquêtrices nagemeten en voorgemeten. Dit is bewust gedaan om de kans te verkleinen dat respondentes zich – gesteld t.o.v. dezelfde interviewster – de antwoorden bij de voormeting zouden proberen te herinneren én te handhaven (wens tot consistentie).

Het enquête-formulier (zie bijlage IV) is in 3 delen te onderscheiden:

deel I: vragen naar kennis, houding en gedrag m.b.t. hart- en vaatziekten en voeding (vragen 2 t/m 17).

deel II : vragen naar feiten en meningen over de voorlichtingsbijeenkomst (vragen 18 t/m 27).

deel III: vragen naar socio-economische gegevens: leeftijd, opleiding, beroep, e.d. (vragen 1 en 28 t/m 32).

Bij de voormeting werden de vragen van deel I en III gesteld. Bij de nameting van een al voorgemeten respondente die uit deel I en II mèt vraag 1 ter extra controle; bij de nameting van een niet-voorgemeten respondente de vragen van deel I, II en III.

De in 2.2.4. gepresenteerde onderzoeksopzet is qua verdeling over de groepen niet volledig geslaagd, doordat éénderde van de voorgemeten personen (= 51 dames) niet op de bijeenkomst kwamen en 17 dames die wel geweest zijn, om diverse redenen niet voor een tweede keer geënquêteerd konden worden.

De uiteindelijke realisatie van de verdeling was:

68 respondentes alleen voorgemeten,
85 respondentes voor- en nagemeten,
140 respondentes alleen nagemeten.

Totaal 293 personen (378 enquêtes)
Adressenverantwoording:

			Redenen van uitval in%
Voormeting			
Uitgezet		196 adressen	
weigering	21		10,7
3x niet thuis onvindbaar adres ziekte	22		11,2
	43		
		153 personen voorgemeten	
Nameting			
Uitgezet		305 adressen	
weigering	32		10,5
3x niet thuis onvindbaar adres ziekte	48		15,8
	80		
		225 personen nagemeten	

Bij de nameting bestond geen verschil in het aantal weigeringen tussen L- en KB-respondenten: na de lezing weigerden 15 dames (10,1%) en na de kookbijeenkomst 17 (10,9%).

Van de 153 voorgemeten personen waren 75 uitgenodigd voor de datum van de lezing, 78 voor die van de kookbijeenkomst. Deze groep van 153 valt uiteen als volgt:

68 personen alleen voorgemeten, nl.
  51 personen niet geweest (25 uitgenodigd voor de lezing)
    (26 uitgenodigd voor de kookbijeenkomst).
  17 personen wel geweest, maar t.g.v. diverse redenen (weigering, ziekte, 3x niet thuis) niet nagemeten.
43 personen naar de lezing geweest en nagemeten.
42 personen naar de kookbijeenkomst geweest en nagemeten.

Een voorgemeten respondente die is uitgenodigd voor een lezing, maar gaat naar de kookbijeenkomst, wordt in de nameting beschouwd bij de kookbijeenkomst-groep. De te vergelijken groepen – Lezing en Kookbijeenkomst – zijn, onderverdeeld naar wel/niet voorgemeten, qua aantal niet sterk afwijkend. Weliswaar was sprake van 'komen op een andere dag dan waarvoor uitgenodigd' tot totaal 13,3% van het totaal aantal respondenten, maar de verschuivingen waren voor beide groepen gelijk. Van de aanwezigen bij de lezing was 14,8% (15 dames) uitgenodigd voor de kookbijeenkomst, terwijl 12,0% van de KB-deelneemsters (14 dames) een uitnodiging hadden ontvangen voor de lezing. Aan degenen die gekomen waren op een andere dag dan waarvoor zij waren uitgenodigd, is gevraagd naar de reden van deze verschuiving. In één plaats blijken de leden tevoren op de hoogte geweest te zijn van de verschillende aard van beide bijeenkomsten; het aantal verschuivingen is hier het hoogst, nl. 6 van de totaal 30. Van deze 6 zijn 5 een verschuiving van lezing naar kookbijeenkomst, d.w.z. deze 5 dames waren uitgenodigd voor een lezing, maar kwamen op de kookbijeenkomst. Bij enkelen van hen lijkt sprake van een voorkeurskeuze voor de kookbijeenkomst. Dit aantal lijkt ons te gering om te kunnen spreken van vertekening tengevolge van selectie. Alle overige antwoorden duiden op diverse redenen van verhindering op één van beide data: verjaardag, ziekte, bezoek, andere activiteit e.d. Vermoedelijk is het aantal verschuivingen nog iets vergroot doordat in de uitnodigingsbrief gesuggereerd wordt dat het erom gaat ongeveer evenveel mensen op beide avonden te hebben; de mogelijkheid tot ruiling wordt daarbij expliciet genoemd (zie brief bijlage I). Hier stoot men op één van de kenmerken van het veldonderzoek. In 2.2.1. is opgemerkt dat één van de voordelen is de grotere generaliseerbaarheid (t.o.v. laboratorium-experimenten) van de resultaten. Een van de nadelen is de mogelijkheid tot afwijkingen van de ideale onderzoeksopzet tengevolge van de grotere vrijheid van de respondenten.

4. OPERATIONALISATIES VAN DE ONDERZOEKSVARIABELEN

Onderzoeksvariabelen zijn te onderscheiden in onafhankelijke, d.w.z. degene met behulp waarvan we andere variabelen trachten te verklaren, en afhankelijke, d.w.z. de variabelen die we trachten te verklaren.

4.1. DE ONAFHANKELIJKE VARIABELEN

In dit onderzoek worden als de onafhankelijke variabelen beschouwd:
- de voorlichtingsmethoden: lezing en kookbijeenkomst;
- de groepskenmerken op basis waarvan men kan nagaan of er verschillen bestaan in de mate waarin bepaalde subgroepen door de voorlichting beïnvloed zijn; wel/niet voorgemeten zijn; actief geweest zijn tijdens de kookbijeenkomst; socio-economische kenmerken.

4.2. DE AFHANKELIJKE VARIABELEN

De afhankelijke variabelen zijn af te leiden uit de doelstellingen van het voorlichtingsprogramma (zie 2.1.).

4.2.1. *Kennis*

Het gaat hierbij om:
- kennis van de oorzaken van hart- en vaatziekten, met name in relatie tot voeding (2.1.a.) = kennis I. Gevraagd is naar de drie belangrijkste risicofactoren uit een lijst van 13 (zie bijlage IV, vraag 4). Kennisscore I is samengesteld door het noemen van één van de 5 in de voorlichtingsboodschap benadrukte risico-factoren te waarderen met twee punten en per persoon te sommeren over deze 5 factoren. Aangezien elke respondente slechts drie antwoorden heeft gegeven, zijn de scoringsmogelijkheden 0, 2, 4 en 6.
- kennis van preventie-mogelijkheden = kennis II (2.1.b.).
  Hiertoe is een juist antwoord op de vraag naar preventie-mogelijkheden via voeding gewaardeerd met 2 punten, een onjuist met 0.
- kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen, met name m.b.t. (verborgen) vet en cholesterol = kennis III (2.1.c.).
  Hiertoe zijn 17 vragen gesteld met antwoordmogelijkheden: goed/fout/weet niet. Kennis III = sommatie van de scores van alle 17 vragen, waarbij een juist antwoord = twee punten, 'weet niet' = eén punt, en een onjuist antwoord = nul punten.

Het toekennen van één punt als de respondente zegt het antwoord niet te weten, is gebaseerd op de overweging dat het beter is wanneer iemand wéét dat hij/zij iets niet weet dan dat respondente met overtuiging een fout antwoord

geeft. De schaal voor dit derde kennisonderdeel loopt van 0 t/m 34, waarbij alle tussenliggende hele waarden kunnen worden aangenomen.

Om na te gaan of de drie kennisindexen wellicht te herleiden zouden zijn tot één kennisscore, zijn de correlaties tussen de afzonderlijke indexen bepaald, zowel op de gegevens van de voormeting als op die van de nameting. Dit is in verband met het ordinale karakter van de scores gebeurd met behulp van de Spearman-rangcorrelatie-coëfficiënt (r_s) waarbij voor ties is gecorrigeerd. Het resultaat volgt in tabel 4.2.1.

TABEL 4.2.1. Correlatie tussen de drie kennisscores, ten tijde van de voormeting en de nameting.

	Voormeting (n= 153)		Nameting (n=225)	
	kennis II	III	kennis II	III
kennis I	0,059	0,257	0,041	0,242
kennis II	—	0,152	—	0,250

De correlaties ten tijde van de voormeting zijn laag en alleen voor de relatie tussen kennis van de risico-factoren (kennis I) en kennis van de samenstelling van een aantal voedingsmiddelen (kennis III) significant. We hebben dan ook besloten de drie kennisindexen afzonderlijk te blijven beschouwen, om mogelijke verschillen in ontwikkeling na de voorlichting te kunnen onderscheiden.

4.2.2. *Houding*

Het gaat hierbij om:

– houding t.a.v. preventie-mogelijkheden (2.1.d.),

– houding t.a.v. het gebruik van in de voorlichting genoemde produkten (2.1.e).

Er is geprobeerd de diverse houdingscomponenten te meten m.b.v. 21 uitspraken.

Respondenten hebben over de volgende 21 uitspraken hun mening gegeven volgens een 5 punts-schaal:
1 = helemaal eens
2 = ongeveer juist
3 = geen mening
4 = niet helemaal juist
5 = helemaal niet mee eens

De richting van de uitspraken varieert, om te voorkomen dat respondenten automatisch gaan antwoorden en na b.v. drie keer antwoord 2 ook voor de 4e, 5e etc. uitspraak eerder een 2 dan een ander antwoord geven (z.g. halo-effect). Uit analyse van de voorlichtingsboodschap komt naar voren dat de uitspraken waarvoor een —teken staat, als onjuist moeten worden beschouwd.

– 1. iedereen kan een hartinfarct krijgen, je kunt er nu eenmaal zelf niets aan doen;
– 2. al die aandacht voor hart- en vaatziekten is verspilde moeite;
3. hart- en vaatziekten zijn te voorkomen;

– 4. hoe je ook leeft, de kans dat je een hartinfarct krijgt blijft even groot;
5. door soberheid met eten, veel lichaamsbeweging en niet roken kun je vrijwel zeker een hartinfarct voorkomen;
6. roken is schadelijk voor je hart;
– 7. mensen met zwaar werk hoeven niet op hun voeding te letten;
8. iedereen kan door een juiste voeding de kans een hartinfarct te krijgen, verkleinen;
– 9. dieetmargarine is vooral geschikt voor hartpatiënten;
10. dieetmargarine is gezonder voor hart- en bloedvaten dan gewone margarine;
11. in dieetmargarine kun je goed vlees braden;
– 12. het maakt voor je hart niets uit of je nu roomboter gebruikt of dieetmargarine;
– 13. dieetmargarine is voor een normaal gezin te duur;
14. voor kinderen in de groei is magere melk beter dan volle melk;
– 15. roomboter is gezonder dan margarine;
– 16. magere kaas is niet te eten;
17. iedere volwassene zou eigenlijk over moeten gaan op magere melkprodukten;
18. van kwark kun je heerlijke gerechten maken;
19. voor kinderen is elke dag een glas frisdrank hoogst ongezond;
– 20. volle melk (dagmelk) is gezonder dan magere melk;
– 21. het is onzin dat we nu opeens die magere melkprodukten moeten gebruiken.

De uiteindelijke interpretatie van de 21 uitspraken wordt iets gemakkelijker als ze meer gebundeld zijn, zodanig dat een aantal uitspraken gezamenlijk een bepaalde houding weergeven. Voor deze bundeling is gebruik gemaakt van factor-analyse (zie bijlage V voor enige achtergrondinformatie over het gebruik van factor-analyse). Deze heeft geleid tot drie goed interpreteerbare factoren:
houding I = t.o.v. magere, resp. volle zuivelprodukten(uitspraken 14, 15, 17, 20 en 21)
houding II = t.o.v. preventie-mogelijkheden (uitspraken 1, 3, 4 en 5)
houding III = t.o.v. dieetmargarine (uitspraken 9 en 10)

De houdingsscores worden per persoon verkregen door sommatie van de – voor richting gecorrigeerde – codes van de afzonderlijke uitspraken.
Bij een minimum code 1 en een maximum code 5 is het
minimum voor houding I = 5, maximum 25
minimum voor houding II = 4, maximum 20
minimum voor houding III = 2, maximum 10.
De correlaties tussen de 3 houdingsindices zijn – als te verwachten – zeer laag ten tijde van de voormeting (zie tabel 4.2.2.).

Dat de correlaties t.t.v. de nameting aanzienlijk hoger liggen, duidt als het ware op een meer 'naar elkaar toegroeien' van de houdingen.

Tegen de bundeling van de houdingsitems via factor analyse zijn strikt theoretisch wel enige bezwaren in te brengen, waarvan de voornaamste is dat de fac-

TABEL 4.2.2. Correlatie tussen 3 houdingsscores, ten tijde van de voormeting en de nameting.

	Voormeting (n=153)		Nameting (n=225)	
	HII	HIII	HII	HIII
HI	0,035	0,052	0,452	0,237
HII	—	0,064	—	0,189

tor-analyse uitgaat van de veronderstelling van interval-niveau van metingen. Hoewel de toepassing van factor-analyse bij schalen van het type 'sterk mee oneens' lopend tot 'sterk mee eens' via 5 of 7 punten, zeer algemeen gebruik is, is in feite door het ordinale karakter van dit soort – ook hier gebruikte – schalen niet aan de veronderstellingen voldaan. Dat was dan ook de reden dat wij het aanbod van drs. Van Rijckevorsel, afd. Datatheorie, RU Leiden (na lezing van het conceptverslag) om op deze houdingsuitspraken vrij recent ontwikkelde passender analysetechnieken toe te passen, dankbaar aanvaardden. De resultaten van de bundeling verschilden echter niet zodanig dat we het zinvol achtten alle berekeningen met de 'nieuwe' houdingsscores uit te voeren; de kosten zouden onevenredig hoog geworden zijn. Naast deze bundeling is ook de samenhang tussen kennis-, houdings- en gedragsscores nagegaan (zie 4.2.5.). Voor een globale uiteenzetting van de techniek en enige resultaten zie bijlage IX.

Behalve door deze 21 uitspraken is geprobeerd de houding van de respondenten ten opzichte van de boodschapsinhoud te bepalen door deze inhoud uiteen te leggen in vier thema's en hierover open vragen te stellen (zie vraag 20, enquêteformulier, bijlage IV). Gevraagd is hoe de respondente stond t.o.v.:

a. de gepropageerde matigheid; minder en vooral minder tussendoortjes;
b. vervanging volle zuivelprodukten door de magere uitvoeringen;
c. gaan gebruiken van produkten met méér meervoudig onverzadigde vetten i.p.v. dezelfde soort produkten met verzadigd vet;
d. het reduceren van het gebruik van vet vlees en vette vleeswaren.

Tenslotte is gevraagd naar het algemene oordeel over wàt de diëtiste vertelde. Hoewel de vraag is gesteld met de bedoeling te weten te komen hoe men over de inhoud van de boodschap dacht, is ongetwijfeld bij de beantwoording het oordeel over de presentatie mede gegeven. De antwoorden zijn door de enquêtrice zo volledig mogelijk, bij voorkeur letterlijk genoteerd en – achteraf – ingedeeld in één van de drie categorieën: positief/zowel positief als negatief/negatief. Waar bij controle van de opmerkingen bleek dat een enquêtrice systematisch te positief dan wel te negatief interpreteerde, is dit door onderzoekster gecorrigeerd.

4.2.3. *Gerapporteerd gedrag*

Gevraagd is naar het gebruik van een 17-tal produkten en aan de gebruikers is afhankelijk van het produkt, gevraagd naar de frequentie van gebruik en/of hoeveelheid en/of de aard van het produkt. Alle gevraagde produkten komen in de voorlichtingsboodschap voor.

Een 'gedrags'score is verkregen door sommatie van de bij elk van de 17 vragen verkregen punten. De puntentoekenning geschiedde aan de hand van de voedingsscore die is opgesteld via nauwkeurige inhoudsanalyse van de boodschap in de voorlichtingsbijeenkomsten (bijlage VI). De definitieve score is het gemiddelde van de scores die door de totaal 11 beoordelaars zijn gegeven.[4] Deze 'gedrags'score I heeft een minimum van —24 en een maximum van +24. Aangezien negatieve scores in de verwerking problemen opleveren, is bij elke score 25 punten opgeteld, zodat bij de rapportage de schaal kan lopen van 1 tot 50.

Een tweede gedragsscore van iets andere aard is verkregen uit de antwoorden op de vraag naar verandering van eetgewoonten (vraag 16 in het enquête-formulier, bijlage IV). Ook hier is de puntentoekenning gebaseerd op de nadruk van de desbetreffende verandering in de boodschap (bijlage VI).

Terwijl dus in de eerste gedragsscore gevraagd wordt naar het gebruik van produkten, gaat gedragsscore II rechtstreeks in op veranderingen in eetgewoonten van welke aard dan ook in de maand voorafgaande aan de enquête. Gedragsscore II varieert, afhankelijk van aantal en type verandering, van 0 tot 11.

Gezien het verschillende karakter van beide gedragsscores is niet te verwachten dat zij hoog correleren. Dit blijkt dan ook niet het geval (Spearman rangcorrelatie-coëfficiënt (r_s).

TABEL 4.2.3. Correlatie tussen de twee gedragsscores, ten tijde van de voormeting en de nameting.

	Voormeting (n = 153)		Nameting (n=225)
	gedrag II		gedrag II
gedrag I	0,078	gedrag I	0,192

4.2.4. *Waardering van de voorlichting*

Gevraagd is naar de mate waarin respondente de bijeenkomst kennisverrijkend, rommelig, gezellig, overvol vond. Tevens is gevraagd naar de mate waarin zij zich actief bij de bijeenkomst betrokken voelde (vraag 19). Naast haar oordeel over de avond als geheel is haar mening gevraagd over diverse aspecten van de inhoud van de boodschap (vraag 20).

4.2.5. *De samenhang tussen de afhankelijke variabelen*

In de zojuist beschreven operationalisaties en ook in de verdere verslaglegging worden de kennis-, houdings- en gedragsvariabelen afzonderlijk behandeld, als waren zij onafhankelijk van elkaar. Dit mag men uiteraard niet zonder meer aannemen. De gekozen presentatie is bedoeld om interpretatie en begrip (en daarmee de kans op toepassing?) te vergemakkelijken en is juist, mits men met de mogelijkheid van samenhang rekening houdt. Voor een deel der respondenten is deze samenhang tussen kennis-, houdings- en gedragsvariabelen en nog enige variabelen m.b.v. in Leiden ontwikkelde technieken nagegaan. Zie hiervoor bijlage IX.

Bijlage X geeft een overzicht van de correlaties, berekend op basis van een meer bekende en daardoor meer gebruikte correlatie-coëfficiënt ($\tau_{Kendall}$). Deze correlaties zijn afzonderlijk berekend voor de voormeting en de nameting, d.w.z. over 153 resp. 225 respondenten. Bovendien is in deze analyse de aard van de bijeenkomst en het al dan niet voorgemeten zijn niet betrokken, zodat de resultaten slechts globaal te vergelijken zijn.

4.3. SAMENVATTING

Het onderzoek wil nagaan in welke mate elk van twee voorlichtingsmethoden – lezing en kookbijeenkomst – voldoet aan de voor de voorlichting gestelde doelstellingen. De belangrijkste onafhankelijke variabele is dan ook de voorlichtingsmethode. Hiervan wordt de invloed nagegaan op de afhankelijke variabelen:
- kennis t.a.v. risico-factoren (kennis I);
- kennis t.a.v. preventie-mogelijkheden (kennis II);
- kennis t.a.v. de samenstelling van bepaalde produkten (kennis III);
- houding t.a.v. preventie-mogelijkheden (houding II);
- houding t.a.v. het gebruik van in de voorlichting genoemde produkten (houding I en III);
- houding t.a.v. vier in de boodschapsinhoud onderscheiden thema's;
- gedrag m.b.t. het gebruik van een 17-tal produkten (gedrag I);
- gedrag m.b.t. veranderingen in eetgewoonten (gedrag II).

5. VERWACHTINGEN TEN AANZIEN VAN DE RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen we formuleren welke algemene voorlichtingseffecten we verwachten (probleemstelling 1 in 2.1.) en in hoeverre hierbij tussen de twee methoden, lezingen en kookbijeenkomsten, verschillen te verwachten zijn (probleemstelling 2 in 2.1.). Deze verwachtingen (5.3.) zijn gebaseerd op:

- theoretische inzichten in voorlichting, beschouwd als communicatie-proces (5.1.);
- onderzoeksresultaten van vergelijkingen tussen diverse methoden van voorlichting (5.2.).

Vervolgens geven we ten behoeve van het derde deel van de probleemstelling (in 2.1.) waarbij het gaat om de meningen over de voorlichting, enkele voornamelijk op praktijkinzichten van de diëtistes gebaseerde verwachtingen (5.4.).

5.1. THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

Voorlichting is te zien als een vorm van communicatie. Zodra het doel ervan méér is dan kennisoverdracht = informatieve communicatie en (ook) omvat attitude- en/of gedragsverandering, kunnen we spreken van persuasieve communicatie. Persuasief noemen we die communicatie, waarin een zender bewust, door zijn boodschap, het oordeel van de ontvanger (c.q. het gedrag waarin dit oordeel tot uitdrukking komt) tracht te veranderen in een bepaalde richting (DROP et al., 1973). De voorlichting door diëtistes van de Nederlandse Hartstichting is een duidelijk voorbeeld van persuasieve communicatie.

Een mens wijzigt zijn oordeel/gedrag niet zómaar; in dit proces zijn enkele stadia te onderscheiden (MACGUIRE, 1973):

a. aangeboden krijgen van de voorlichtingsboodschap ('presentation')
b. aandacht voor de boodschap; is deze ontvangen? ('attention')
c. begrijpen van de inhoud ervan ('comprehension')
d. overtuigd worden erdoor (m.b.t. kennis én attitude) ('yielding')
e. blijvend overtuigd zijn ('retention')
f. overtuiging omzetten in actie = gedrag ('action')

Hoe men zich het verloop van het proces van attitude- en gedragsverandering moet voorstellen, is afhankelijk van de theoretische benadering die men prefereert. Het is uiteraard mogelijk om alle benaderingen recht te doen in een zo beknopt overzicht als nu volgt. Wel hebben we, naar analogie van MACGUIRE geprobeerd de punten van aandacht bij de diverse theorieën te relateren aan het door hem gepresenteerde schema. Overigens is met dit schema niet gezegd dat veranderingen altijd verlopen in de volgorde van fase a. t/m f.

De volgende vijf theorieën hebben elk een iets andere invalshoek:

a. *De leertheorieën*
Hierbij voorspelt men resultaten van voorlichting uit gebleken verbanden tussen beïnvloedingspogingen (doceren) en leren. Hierbij is in de leertheorieën die uitgaan van conditioneringsprincipes het begrip reïnforcement essentieel, d.w.z. het belonen van gewenst gedrag dan wel het negatief reageren op ongewenst gedrag, teneinde versterking en bevestiging van het gewenste gedrag te verkrijgen. Andere leertheorieën leggen de nadruk op leren door nabootsing (model learning), terwijl ook andere vormen van leren mogelijk zijn (door trial and error, door in het hoofd prenten, door inzicht).

Voorbeelden van aspecten waaraan in de leertheorieën aandacht is besteed, zijn: volgorde van presentatie van argumenten, één- versus tweezijdige informatie, plaats vóór- en tegenargumenten, etc. De nadruk bij de in de leertheorie bestudeerde relaties ligt op het educatieve deel van het communicatieve proces, m.a.w. de onderdelen a, b en c (presentatie, aandacht en begrip).

b. *De perceptie-theorieën*
Hierbij probeert men de gewenste veranderingen in attitude en gedrag te bereiken door de voorgelichten de situatie waarin zij zich bevinden en de mogelijkheden tot handelen anders te laten beoordelen. Ook hier ligt de nadruk op de fasen: goed doceren, doen ontvangen en begrijpelijk maken, maar terwijl bij de leertheoretici het accent valt op het reageren, heeft de perceptie-theoreticus meer aandacht voor de ontvangstzijde.

c. *De consistentie-theorieën*
Hierbij gaat men ervan uit dat ieder individu een samenhangend systeem van waarden, houdingen (attitudes) en gedrag heeft, dat zich zal verzetten tegen veranderingen in één van de onderdelen. Veranderingen in attitude, b.v. door veranderende opvattingen (nieuwe informatie, andere omgeving) zal uiteindelijk leiden tot gedragsverandering. Maar ook omgekeerd: gedwongen gedragsverandering leidt tot attitudeverandering, want houding en gedrag moeten met elkaar in overeenstemming (consistent) blijven.

De consistentie-theoretici hebben meer aandacht voor de laatste drie fasen: ook al is informatie belangrijk, ontvangen en begrepen, dan nog treedt geen gedragsverandering op. Ditzelfde geldt voor de nu volgende functietheorieën, alleen leggen die de oorzaak voor het (niet)-optreden van gedragsverandering anders.

d. *De functie-theorieën*
Hierbij gaat men ervan uit dat elke attitude en gedrag niet zomaar bestaat, maar bestaat omdat hij voldoet aan bepaalde functies (b.v. ontspannen met betrekking tot roken). Zolang die functies niet veranderen, of er op andere manieren in wordt voorzien, is gedragsverandering niet of nauwelijks mogelijk.

Bovenstaande theorieën zijn niet volledig strijdig; integendeel, zij overlappen elkaar gedeeltelijk. Zij leggen echter duidelijk de accenten op verschillende fasen in het gehele proces van attitude- en gedragsverandering. Een poging aan alle fasen aandacht te geven, is MACGUIRE's:

e. *Benadering vanuit het verloop van het persuasie-proces*
Deze probeert het persuasie-proces vanaf het moment van gepresenteerd worden met de voorlichtingsboodschap t/m – eventuele – gedragsveranderingen in logische stappen te ontleden (zie de zes fasen vóór 5.1.a.). Tevens ontleedt hij het communicatieproces in de bekende vijf componenten: bron, boodschap, kanaal, ontvanger, effect (naar LASWELL's 'who says what to whom via what medium and with what effect'). Door combinatie komt hij tot een z.g. 'communicatie-persuasie'-matrix.

	bron	boodschap	kanaal	ontvanger	'effect'-destination
1. presentatie					
2. aandacht					
3. begrijpen					
4. overtuigd raken					
5. blijvend overtuigd raken					
6. zichtbaar gedrag					

Een dergelijke matrix kan ons behulpzaam zijn bij het evalueren of opzetten van een voorlichtingscampagne. Door systematisch na te gaan hoe een communicatiefactor, bv. de boodschap inwerkt op elk van de zes persuasie-factoren, kan men de keuze van een bepaald soort boodschap maken, ermee rekening houdend welk persuasie-facet men vooral wil bereiken. Het is nl. goed mogelijk dat een bepaalde communicatie-factor bevorderlijk is voor één facet, b.v. goed begrip maar remmend werkt op een ander facet, b.v. overtuigd raken. Het bezwaar van een dergelijke vrij exact aandoende matrix is dat de suggestie van logische opeenvolging van de zes fasen wordt gegeven. M.i. behoeft dat niet (altijd) het geval te zijn.

Voorgaande theorieën zijn vrij psychologisch van aard, d.w.z. zij concentreren zich voornamelijk op individuen. Dat individuen beïnvloed worden door hun situatie in de meest ruime betekenis van het woord zal niemand ontkennen. De invloed van die situatie – o.a. beschikbare kennis en middelen, de sociale omgeving, de cultuur waarin men is opgegroeid – bepaalt in sterke mate mede het verloop van processen van kennis-, gedrags- en/of attitudeveranderingen. Ook ten aanzien van voedingsgedrag is de invloed van de sociale omgeving en de normen die in groter of kleiner (eigen) kring bestaan m.b.t. eet- en leefgewoonten van enorm belang.

De voedingsvoorlichting van de Hartstichting is gericht op individuen, zonder dat daarbij bewust pogingen worden gedaan tot beïnvloeding van de situatie (fysiek en sociaal). Dit gegeven is de reden dat in 5.3.1., waarin verwachtingen t.a.v. de resultaten worden geformuleerd, dit gebeurt alleen op basis van de kort weergegeven (sociaal)-psychologische theorieën. In een beschouwing over de (on) mogelijkheden van voedingsvoorlichting in algemener zin zal aan de situationele factoren meer aandacht gegeven (moeten) worden.

5.2. VERGELIJKEND METHODEN-ONDERZOEK

Bij de nu volgende constateringen passen bij voorbaat enkele kritische kanttekeningen:

a. de meeste studies vonden en vinden plaats onder studenten; de resultaten hoeven niet persé generaliseerbaar te zijn naar allerlei andere groeperingen (als b.v. huisvrouwen).
b. het vaakst wordt de lezing vergeleken met methoden waarbij discussie in enigerlei vorm gehanteerd wordt. Zeldzaam zijn voorbeelden waarin een praktisch hanteren van het in een inleiding naar voren gebrachte vergeleken wordt met een lezing (COSTIN, 1972; JOYCE & WEATHERALL, 1957).

Het onderzoek naar effecten van lezingen is, hoewel zeer uiteenlopend van aard, vrij uniform in conclusies:

– een lezing is zeer geschikt voor informatie-overdracht;
– een lezing op zichzelf is niet effectief voor gedachtenstimulering of aanzetten tot attitude-verandering (BLIGH, 1972).

Deze uitspraken zijn gebaseerd op de gebundelde resultaten van talrijke vergelijkende studies, waarbij lezingen betrokken zijn. Ter illustratie diene het volgende overzicht (BLIGH, 1972): de aantallen geven het aantal studies aan dat tot de desbetreffende resultaten komt.

TABEL 5.2. Overzicht van studies, waarin een lezing is vergeleken met andere methoden[5] op effectiviteit bij verschillende doelstelling.

doel	lezing méér effectief dan andere methoden	geen significante verschillen	lezing minder effectief dan andere methoden
informatie-overdracht	24	62	21
stimulering gedachten	—	5	21
attitude-verandering	1	9	15

VERNER & DICKINSON (1967) concluderen in een overzichtsartikel dat een lezing niet geschikt is:

– wanneer het doel een ander is dan informatie-verwerving,
– wanneer herinnering op langere termijn gewenst is,
– wanneer de inhoud van het gepresenteerde complex is,
– wanneer het opleidingsniveau van de toehoorders laag is.

Een lezing is wel zinvol, wanneer het doel is:

– verspreiding van informatie,
aan een specifieke groep,
die slechts kort onthouden hoeft te worden, èn
wanneer de lezing gevolgd wordt door andere instructionele methoden.

Voor combinatie van de lezing met methoden die andere zintuigen ook inschakelen pleit het volgende gegeven, ontleend aan CRAIG (1971): mensen onthouden de informatie die zij horen voor 20%, zij onthouden 50% van wat zij zien en horen, terwijl zij 90% van wat ze zelf zeggen, terwijl zij iets doen, vasthouden. FRESE (1973) noemt gelijksoortige, hoewel niet identieke cijfers, maar vermeldt

evenmin als CRAIG de exacte bron.

Hoewel actieve participatie van het publiek anders dan via discussie zelden expliciet naar voren komt in methoden-vergelijkingen, wordt op het belang ervan herhaaldelijk gewezen, met name voor het verwerven van praktische vaardigheden (BLIGH, 1972; DAVIS, 1973; VARGAS, 1971; WAGNER, 1964). BLIGH stelt: 'students (!) learn best by active methods involving the desired behaviour', d.w.z. wanneer het doel is gegevens te leren analyseren, geef ze een probleem ter analyse. Wanneer het doel is mensen te leren hun gedachten goed te formuleren, geef ze hiertoe oefenmogelijkheid. Wanneer het doel is het aanleren van bepaalde vaardigheden (b.v. maaltijdbereiding), geef ze hiertoe gelegenheid. Samengevat: verschillende doelstellingen worden het best bereikt door verschillende methoden. Dit verklaart wellicht iets van het gebrek aan eenduidigheid in de resultaten van vergelijkende studies naar de effecten van diverse methoden (zie overzichten van o.a. DUBIN & TAVEGGIA, 1968; COSTIN, 1972; YOUNG, 1968 en 1973; WILSON & KNOX, 1973). Sommige auteurs concluderen dan ook dat de superioriteit van één methode ten opzichte van de andere nooit bewezen is (in YOUNG, 1968). Hun stelling is dat uiteindelijk het succes van elke methode afhankelijk is van de vaardigheden en aanleg van degene die de methode hanteert. Vanzelfsprekend zijn deze eigenschappen van de voorlichter een belangrijk gegeven. Het gebrek aan eenduidigheid kan m.i. echter mede verklaard worden uit het feit dat in veel onderzoek aan andere belangrijke punten: kennis van de doelgroep, de te bereiken doelen, de situatie waarin de voorlichting zich afspeelt, weinig aandacht wordt gegeven.

Ook de methode waarop de methoden zijn gehanteerd en de processen via welke mogelijk de (verschillen in) effecten te verklaren zijn, komen vaak niet expliciet aan de orde (COSTIN, 1972).

De relatie tussen de te hanteren methodiek en het leer-/veranderingsproces wordt nog gecompliceerder als men bedenkt dat individuen zich in verschillende fasen van dit proces kunnen bevinden (zie schema MACGUIRE in 5.1). CRAIG (1971) ziet lezingen speciaal van toepassing voor de fase van het trekken van aandacht (vergelijk fasen 1 en 2 MACGUIRE), bij voorkeur in combinatie met schriftelijke informatie in (locale) kranten, bulletins, posters e.d. Is de belangstelling eenmaal gewekt, dan is z.i. plaats voor methodieken als: rollenspel, demonstraties, excursies, tentoonstellingen etc. Een algemeen kenmerk van de methoden in deze latere fase(n) is de kleinere groep waarop zij gericht zijn.

Voor de fase waarin mensen een zodanig vertrouwen in de aanbevolen verandering moeten krijgen dat zij tot actie overgaan (vergelijk fasen 4, 5 en 6 MACGUIRE) wijst hij op de noodzaak van een deel individuele begeleiding; praktische oefening, met beoordeling, opnieuw demonstratie, etc. Wanneer mensen overreed worden mee te gaan in een bepaalde methode, b.v. een rollenspel, wanneer zij innerlijk nog weerstanden t.a.v. het nieuwe gedrag ondervinden, dan bestaat de mogelijkheid van een boemerang-effect (JAHODA & WARREN, 1970). Met andere woorden: mensen brengen tot actieve participatie als b.v. de bereiding van nieuwe gerechten werkt slechts bevorderend op het proces van gedrags- en/of attitude-verandering bij die personen die gemotiveerd zijn tot deze activiteiten en die begrijpen waarom en hoe de activiteit plaatsheeft.

5.3. VERWACHTINGEN T.A.V. DE RESULTATEN

Op basis van het voorgaande: de theoretische beschouwing en onderzoek naar effecten van voorlichtingsmethoden, met name lezingen zijn de volgende veronderstellingen te formuleren:

5.3.1. *Naar aanleiding van de theoretische oriëntatie*

– De methoden van de lezing en de kookbijeenkomst zijn even effectief, voor zover het veranderingen in kennis betreft.

– Volgens de leer- en perceptie-theorieën leidt deze kennisverandering uiteindelijk tot attitude- en/of gedragsverandering; deze zou dan ook bij beide methoden plaatsvinden. Een extra element in de kookbijeenkomsten, bedoeld als vorm van feedback is het proeven met als mogelijke reactie: 'het is nog lekker ook!' Deze opzet is zelfs in de naam van het project 'leef lang en lekker' verwerkt. Wellicht moet men op basis van dit element dat niet bij de lezing en wel bij de kookbijeenkomst aanwezig is, een groter verandering in attitude en gedrag voorspellen bij de kookbijeenkomst. Deze voorspelling doe ik met grote voorzichtigheid, omdat m.i. smaak, i.c. het niet lekker vinden niet de grootste handicap is voor toepassing van het nieuwe.

– Volgens de consistentie-theorieën komt men ook tot genuanceerde, zij het niet volledig exacte voorspellingen. Twee processen kunnen tot inconsistentie leiden (en daarmee tot de wens tot opheffing = verandering), nl. toename van kennis (bij beide methoden) en de actieve uitoefening van bepaald gedrag dat met de houding(en) op dat moment niet in overeenstemming is (bij de kookbijeenkomst). Immers, het idee is dat eenmaal uitgeoefend gedrag, zeker wanneer dit uit vrije wil gebeurt, leidt tot aanpassing (consistent maken) van de houding(en). Men zal dus bij beide methoden volgens de consistentie-theorieën veranderingen verwachten, wellicht iets méér bij de kookbijeenkomsten.

– De functie-theorieën voorspellen dat geen enkele houdings- en/of gedragsverandering plaatsvindt, zolang de functies die een bepaald patroon van voedingsgewoonten vervullen, niet 'op de helling gezet zijn'. Aangezien dit een te grote opgave lijkt voor een eenmalige voorlichtingsbijeenkomst, is op basis van deze theorie voorspelbaar dat geen verandering zal plaatshebben.

5.3.2. *Naar aanleiding van vergelijkend methoden-onderzoek:*

– De beide methoden zullen even effectief zijn in het teweegbrengen van veranderingen in kennis. De lengte van de inleiding als het deel van de avond waarin kennisoverdracht zeer centraal staat, is bij beide typen bijeenkomst even groot.

– De kookbijeenkomst-deelneemsters zullen na de voorlichting wellicht een iets positiever houding hebben dan de lezing-deelneemsters. In beide groepen zijn personen die bij voorbaat al enige kennis van het onderwerp hebben en erin geïnteresseerd zijn. Het aandeel zal in beide groepen elkaar weinig ontlopen, gezien de toedeling aan de methode volgens toeval. Bij de kookbijeenkomst echter krijgt deze groep – die zich als het ware al in een latere fase van het veranderingsproces bevindt – een betere gelegenheid deze houding te intensiveren. Wanneer de ervaring van het zelf bezig zijn positief is geweest, zal de

houding van met name deze groep na afloop positiever zijn. Of dit betekent dat ook de houding van de kookbijeenkomst-groep als geheel gemiddeld positiever zal worden, hangt af van:

a. het aandeel dat deze categorie van mensen die 'al op weg waren' uitmaakt van de totale groep,
b. de ervaringen met het zelf bezig geweest zijn.

Overigens hangt de mate van na vier weken meetbare attitude-verandering sterk af van de tegenkrachten die de omgeving na de voorlichtingsbijeenkomst op de respondent heeft uitgeoefend. Er is echter geen reden om aan te nemen dat dit soort invloeden voor de lezing- en kookbijeenkomst-groep verschillend zal zijn, dus op eventuele verschillen tussen beide methoden is dit niet van invloed.

– Beide soorten voorlichtingsbijeenkomsten zullen geen significante veranderingen in gedrag bewerkstelligen. Voor de gedragsverandering gelden dezelfde overwegingen als vermeld bij de verandering in houding. Gedrag is echter per definitie manifester dan attitudes, zeker waar het gaat om door de huisvrouw aan te brengen veranderingen in voedingsgewoonten. Het lijkt dan ook terecht te veronderstellen dat de tegenkrachten vanuit de omgeving bij pogingen tot gedragsveranderingen nog sterker voelbaar zullen zijn dan bij eventuele houdingsveranderingen van de huisvrouw. Hierbij moet men wel bedenken dat een huisvrouw van gedragsverandering kan afzien, niet zozeer door feitelijke tegenkrachten, als wel omdat zij deze bij voorbaat veronderstelt, b.v. bij man en kinderen. Ogenschijnlijk is de veronderstelling van een (geringe) attitude-verandering bij de kookbijeenkomst en geen gedragsverandering strijdig met de idee van consistentie van gedrag en houding. Zolang echter de huisvrouw voldoende argumentatie heeft om haar veranderde houding – voorlopig – niet om te zetten in veranderd gedrag, is deze inconsistentie een schijn-inconsistentie.

Keren we terug naar de voorspellingen op basis van de theorie in 5.3.1. dan zien we dat bovenstaande set veronderstellingen gedachten van consistentie- en functietheorieën combineert.

5.4. VERWACHTINGEN T.A.V. DE BEOORDELING VAN DE VOORLICHTING

Voorop zij gesteld dat uit onderwijskundig onderzoek blijkt dat een gunstig oordeel over een onderwijsvorm niet altijd samengaat met betere resultaten (VAN DEN BAN, 1974; COSTIN, 1972). Met andere woorden, de hier uitgesproken verwachtingen met betrekking tot de waardering houden geen rechtstreekse uitspraken in met betrekking tot de effecten, waarover de vorige paragraaf handelde. Het oordeel van het publiek speelt echter een belangrijke rol bij de 'mond tot mond-reclame', belangrijk in verband met nieuwe aanvragen. Deze overweging, gevoegd bij de interesse die de diëtistes zelf hadden in het oordeel van hun publiek, brachten ons ertoe vragen naar meningen over de voorlichtingsbijeenkomsten op te nemen.

Eén van de aspecten die in de inventariserende gesprekken met alle Hartstichtingsdiëtistes (februari/maart 1974) door mij aan de orde werd gesteld, was hoe de diëtistes oordeelden over de methoden: inleiding + vragen, gevolgd door

kookactiviteit (KB) en lezing + vragen (L.) Op de Hartstichtingsbijeenkomsten werkte men volgens de eerste methode, maar vrijwel elke diëtiste had eigen ervaring en/of ideeën omtrent de methode: lezing + vragen. Onder de talrijke eigenschappen die men aan één of beide methoden toeschreef, kwamen een aantal verschilpunten herhaaldelijk naar voren:

- een lezing geeft meer tijd om op achtergronden in te gaan; geeft concreter informatie dan een kookbijeenkomst;
- een lezing geeft de mogelijkheid van een betere opbouw, kan wat strakker gehouden worden; een kookavond geeft een grotere betrokkenheid, meer vragen tussendoor, waardoor het geheel een wat rommeliger indruk maakt;
- door de eigen activiteit, het samen bezig zijn, inclusief het proeven, wordt de kookbijeenkomst veel gezelliger;
- bij een kookbijeenkomst is het altijd worstelen met de tijd; je wilt toch de nodige achtergrondinformatie geven en soms blijft er, ook al doordat de mensen vragen stellen, te weinig tijd voor het koken/klaarmaken van hapjes over;
- de kookbijeenkomst veroorzaakt een grotere betrokkenheid, wat belangrijk is voor de toepassing thuis; de mensen zien méér wat ze zelf kunnen doen. Ze komen er door de kleinere (kook)groepen ook eerder toe persoonlijk vragen te stellen (bij lezing ook vaak in de pauze).

In het algemeen dacht men dat het publiek de kookbijeenkomsten méér zou waarderen dan de lezing, met name degenen met een lagere opleiding.

We hebben deze meestgemaakte opmerkingen omgezet tot de volgende veronderstellingen (vraag 19 enquête):

- de deelneemsters aan de kookbijeenkomst beoordelen de bijeenkomst als
  - o waardevoller (uitgedrukt in 'rapportcijfer'), des te meer naarmate de opleiding lager is;
  - o minder informatief/kennisverrijkend;
  - o rommeliger;
  - o overladener qua programma;
  - o gezelliger;

  dan de deelneemsters die een lezing hebben bijgewoond, oordelen over hún bijeenkomst.
- de deelneemsters aan de kookbijeenkomst achten zichzelf gemiddeld actiever betrokken bij de voorlichting dan de via een lezing voorgelichten.

6. DE RESULTATEN

Dit hoofdstuk, waarin de resultaten worden gerapporteerd, valt in een tweetal hoofdonderdelen uiteen, nl. een beschrijving van de steekproeven (6.1.; 6.2. en 6.3.) en een weergave van de voorlichtingseffecten (6.4.; 6.5. en 6.6.).

In 6.1. wordt een beschrijving gegeven van het potentiële publiek voor de voorlichtingsbijeenkomsten van de Hartstichting.

In 6.2. komen overeenkomsten en verschillen tussen geënquêteerde verenigingsleden die wél en geënquêteerde verenigingsleden die niet kwamen, aan de orde.

In 6.3. wordt nagegaan of de toevalstoedeling aan de methoden, lezing en kookbijeenkomst, is geslaagd door beide groepen te vergelijken op socio-economische kenmerken en hun uitgangspositie op kennis, houding en gerapporteerd gedrag.

Het tweede hoofdonderdeel van de resultaten vormen de effecten van voorlichting op kennis (6.4.), houding (6.5.) en gerapporteerd gedrag (6.6.).

In een afzonderlijke paragraaf (6.7.) wordt nagegaan of het actief bezig zijn bij de kookbijeenkomst van invloed is op de voorlichtingseffecten, terwijl in 6.8. de beoordeling van de voorlichting aan de orde komt.

Het hoofdstuk besluit met een samenvatting van de voornaamste resultaten (6.9.).

6.1. DE UITGANGSSITUATIE (VOORMETING)

We geven hier de gegevens weer zoals die zijn gemeten één week voor de voorlichtingsbijeenkomsten plaatsvonden. Het gaat om de gemeten socio-economische kenmerken:

a. leeftijd (man en vrouw)
b. opleiding (man en vrouw)
c. beroep gezinshoofd
d. welstandsklasse
e. beroepsniveau, alle onder 6.1.1. Daarnaast geven we de verdeling van kennis-, houdings- en gedragsscores weer in achtereenvolgens 6.1.2.; 6.1.3. en 6.1.4. Een samenvattende conclusie volgt in 6.1.5.

6.1.1. *De socio-economische kenmerken*

a. Leeftijd

TABEL 6.1.1a. Verdeling naar leeftijdsklassen, voormeting (n=153)

	Vrouw		Echtgenoot	
	n	%	n	%
13-24 jaar	2	1,3	1	0,8
25-34 jaar	14	9,1	11	8,8
35-49 jaar	44	28,7	39	31,2
50-64 jaar	70	45,7	49	39,2
>65 jaar	23	15,0	25	20,0
	153	100%	125°	100%

°In 28 gevallen gold n.v.t. (gescheiden/overleden).

Slechts iets meer dan 10% van de vrouwelijke respondenten is tussen 13 en 35 jaar (aandeel in de Nederlandse bevolking ruim 32%). Er wordt aan herinnerd dat het hier gaat om verenigingsleden, door het bestuur aangemerkt als 'vrijwel altijd komend'. Over de leeftijdsverdeling van het feitelijke Hartstichtingspubliek geeft de nameting uitsluitsel (6.3.1.).

b. Opleiding

Tabel 6.1.1b. Verdeling naar opleidingscategorieën, voormeting (n=153)

	Vrouw		Echtgenoot	
	n	%	n	%
alleen lager onderwijs	63	41,2	48	31,8
l.o. + voortgezet beroepsonderwijs	58	37,9	51	33,8
alg. voortgezet onderwijs en meer	32	20,9	52	34,4
	153	100%	151[6]	100%

c. Beroep gezinshoofd

TABEL 6.1.1c. Beroep gezinshoofd: verdeling over 3 categorieën bij voormeting.

Het gezinshoofd is werkzaam als zelfstandige in	36,6% van de gevallen
bij de overheid in	23,5%
ergens anders in loondienst in	39,9%
	100% (n=153)

d. Welstandsklasse

Uit het beroep van het gezinshoofd, opleiding en eventueel leeftijd is een indeling gemaakt naar welstandsklasse.

TABEL 6.1.1d. Verdeling naar welstandsklasse, voormeting (n=153)

	n	%
A=hoogste	26	17,0
B_1	31	20,3
B_2	34	22,2
C	47	30,7
D	15	9,8
	153	100%

Bij gebruik van deze classificatie is de hoogste welstandsklasse oververtegenwoordigd, wanneer zich in de steekproef veel zelfstandige agrariërs bevinden; een zelfstandig bedrijfshoofd in de landbouw of veeteelt wordt al vanaf 20 ha tot de A-categorie = hoogste gerekend, o.i. ten onrechte.[7]

e. Beroepsniveau

Gezien de bezwaren die o.i. kleven aan de hiervoor beschreven indeling naar welstandsklasse is in dit onderzoek voor een typering van de onderzoeksgroep naar 'sociale lagen' tevens gebruik gemaakt van de indeling naar beroepsniveau van het Instituut voor Toegepaste Sociologie (ITS) te Nijmegen. Via een zestal criteria komt deze classificatie tot een 6-deling. In tegenstelling tot de indeling volgens de classificatie van Attwood Statistics wordt opleiding als aparte indicator voor het sociale milieu gehanteerd en niet opgenomen in de beroepenclassificatie. Zo kan rekening worden gehouden met z.g. 'inconsistente' combinaties: personen met een laag opleidingsniveau en hoog beroepsniveau en omgekeerd, hoewel uiteraard het aantal consistente combinaties in de meerderheid zal zijn.

TABEL 6.1.1e. Verdeling naar beroepsniveau, voormeting (n=153)

	n	%	Nederland[16]
ongeschoolde arbeid	8	5,2	11,1
geschoolde arbeid	38	24,8	35,3
lagere employees	23	15,0	22,1
kleine zelfstandigen	50	32,7	17,1
middelbare employees	18	11,8	8,5
hogere beroepen	16	10,5	5,0
	153	100%	100% (n=1046)

6.1.2. *Kennis*

In hoofdstuk 4 'Operationalisaties van de onderzoeksvariabelen' is aangegeven dat de kennisvariabele onderscheiden wordt tot

kennis I = kennis van risico-factoren,
kennis II = kennis van preventie-mogelijkheden via voeding,
kennis III = kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen.

De nu volgende tabel geeft de gemiddelde scores en de mediaan ten tijde van de voormeting.

TABEL 6.1.2. kennisscores, voormeting (n=153)

	gem.	schaalw.	mediaan
kennis van risico-factoren	3,64	0,2,4 en 6	4
kennis van preventie-mogelijkheden	1,67	0 en 2	2
kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen	20,60	0-34	20

Men bereikte bij de voormeting dus gemiddeld 61%, 84% resp. 61% van de maximaal bereikbare scores voor de drie afzonderlijke kennisonderdelen.

6.1.3. *Houding*

In 4.2.2. is al aangegeven dat de respondenten gevraagd is over 21 uitspraken hun mening te geven volgens een 5 punts-schaal, waarbij 1 aangaf dat men het er helemaal mee eens was en 5 dat men het er helemaal niet mee eens was. Het nu volgende overzicht geeft de gemiddelde scores van de 153 voorgemeten respondentes, ongecorrigeerd voor de richting.

TABEL 6.1.3. Scores voor de houdingsuitspraken, voormeting (n=153)*

	Uitspraak	gem.	mediaan
– 1.	iedereen kan een hartinfarct krijgen; je kunt er nu eenmaal zelf niets aan doen	2,88	3
– 2.	al die aandacht voor hart- en vaatziekten is verspilde moeite	4,29	5
3.	hart- en vaatziekten zijn te voorkomen	3,18	4
– 4.	hoe je ook leeft, de kans dat je een hartinfarct krijgt, blijft even groot	3,62	4
5.	door soberheid met eten, veel lichaamsbeweging en niet roken kun je vrijwel zeker een hartinfarct voorkomen	2,35	2
6.	roken is schadelijk voor je hart	1,99	1
– 7.	mensen met zwaar werk hoeven niet op hun voeding te letten	3,11	4
8.	iedereen kan door een juiste voeding de kans een hartinfarct te krijgen, verkleinen	1,46	1
– 9.	dieetmargarine is vooral geschikt voor hartpatiënten	1,54	1
10.	dieetmargarine is gezonder voor hart- en bloedvaten dan gewone margarine	1,33	1
11.	in dieetmargarine kun je goed vlees braden	3,94	5
– 12.	het maakt voor je hart niets uit of je nu roomboter gebruikt of dieetmargarine	3,96	4
– 13.	dieetmargarine is voor een normaal gezin te duur	2,30	2
14.	voor kinderen in de groei is magere melk beter dan volle melk	3,60	4
– 15.	roomboter is gezonder dan margarine	2,97	3
– 16.	magere kaas is niet te eten	3,49	4
17.	elke volwassene zou eigenlijk over moeten gaan op magere melkprodukten	2,31	2
18.	van kwark kun je heerlijke gerechten maken	1,93	2
19.	voor kinderen is elke dag een glas frisdrank hoogst ongezond	2,57	2
– 20.	volle melk (dagmelk) is gezonder dan magere melk	2,82	3
– 21.	het is onzin dat we nu opeens die magere melkprodukten moeten gebruiken	3,09	3

*alleen bij de uitspraken 9 t/m 13 was n=131, omdat deze uitspraken niet zijn voorgelegd aan de 22 personen die bij vraag 8 zeiden het begrip 'dieetmargarine' niet te kennen.

Wanneer we corrigeren voor de richting zodanig dat een hogere score betekent, dat iemands mening méér overeenkomt met de boodschap van de Hartstichting[8], dan blijken de uitspraken te komen in de volgorde: 10-8-2-18-6-12-17-5-4-16-19-7-21-15-1-3-20-14-13-11-9. Met andere woorden: met uitspraak 10 'dieetmargarine is gezonder voor hart- en bloedvaten dan gewone margarine' is men het in zeer grote mate eens en dus in overeenstemming met de Hartstichtingsboodschap. (n.b. dit betreft meningen van één week voor de voorlichting!). Anders geformuleerd: de Hartstichting zou zich het meest dienen te richten op de aspecten die in uitspraken 9-11-13 etc. naar voren komen en in steeds mindere mate op de inhoud van de uitspraken meer naar 10 toe, omdat hierbij a priori al een groot deel van het publiek het eens is met wat de Hartstichting wil overdragen. Overigens moeten de scores met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd; de spreiding is nl. vrij aanzienlijk. De correlaties tussen de afzonderlijke houdingsuitspraken zijn ten tijde van de voormeting laag. Dit zou kunnen betekenen dat men zich over het gehele thema: voeding en het verband met hart- en vaatziekten eigenlijk nog nauwelijks een (uitgesproken mening) heeft gevormd. Dit zou kunnen inhouden dat de voorlichting zich niet tot doel zou moeten stellen het veranderen van – nog nauwelijks gevormde – meningen en attitudes, maar zich zou moeten richten op het stimuleren van meningsvorming. Het feit dat de correlaties tussen de houdingsuitspraken bij de diverse nagemeten groepen hoger zijn, kan erop duiden dat dit ook inderdaad gebeurt.

Naast de mening over de uitspraken afzonderlijk is het mogelijk de scores weer te geven over 'gebundelde' houdingsonderdelen (zie 4.2.2.), nl.: de houding t.o.v. magere melkprodukten, preventie, dieetmargarine.

TABEL 6.1.3.b. Houdingsscores, voormeting (n=153)

	gem.	schaalwaarden	mediaan
H.I (melkprodukten)	14,99	5-25	14
H.II (preventie)	12,99	4-20	13
H.III (dieetmargarine)	6,18	2-10	6

6.1.4. *Gerapporteerd gedrag*

In 4.2.3. is besproken dat voor meting van het gedrag twee scores zijn geformuleerd, te weten 'gedragsscore I' die gebruik en aard van het gebruik van een 17-tal produkten weergeeft en 'gedragsscore II' die meet in hoeverre respondenten in de maand voorafgaande aan de enquête veranderingen in eetgewoonten hebben doorgevoerd. Tabel 6.1.4. geeft de resultaten.

TABEL 6.1.4. Gedragsscores, voormeting (n=153).

	gem.	schaalwaarden	mediaan
gebruik produkten	26,39	1-50	27
verandering in eetgewoonten	0,27	0-11	0

Men bereikte bij de voormeting dus ruim 50% (53,9%) van de maximaal bereikbare score voor zover het gerapporteerd gebruik van produkten betreft. Het aantal respondenten dat opgeeft iets in eetgewoonten te hebben veranderd, is klein terwijl ook het soort verandering niet sterk overeenkomt met de boodschap voor de Hartstichting (zie voor score-toekenning bijlage IV).

6.1.5. *Conclusie*

De voormeting geeft een beeld van de samenstelling én van de gemeten kennis, houdings- en gedragsonderdelen van het potentiële voorlichtingspubliek, van de door het bestuur als actieve leden aangemerkte personen. Dit beeld geeft een ondervertegenwoordiging van jongeren (< 35 jaar) te zien, afgezet tegen de verdeling over de populatie van Nederlandse huisvrouwen. Er zijn méér vrouwen met lagere school + één of enkele jaren voortgezet beroepsonderwijs en minder vrouwen met voortgezet algemeen onderwijs dan in de totale Nederlandse huisvrouwen populatie het geval is. Het aandeel van de groep met alleen lager onderwijs is als verwacht. Mede door het grote aantal zelfstandige ondernemers, vnl. agrarisch, zijn de beide hoogste welstandsklassen over-, de beide onderste ondervertegenwoordigd. Ruim éénderde (36,6%) van de gezinshoofden wordt opgegeven als zelfstandige; het merendeel hiervan (32,7% totaal) blijkt qua beroepsniveau te vallen onder de kleine zelfstandigen.

Voor de gehele voorgemeten groep van 153 respondentes geldt dat deze gemiddeld op de kennis-, houdings- en gedragsonderdelen scores bereikten rond 50% van de maximaal bereikbare (= idealiter gewenste) scores. De vrij aanzienlijke spreiding in de scores maant tot voorzichtigheid bij het interpreteren vam deze gemiddelden. Deze spreiding kan duiden op het bestaan van afzonderlijke groeperingen binnen de 153 voorgemeten respondentes, waarvan de scores uiteenlopen. Op basis van de in 6.1. weergegeven resultaten is hierover weinig te zeggen; de nu volgende paragraaf 6.2. gaat hierop in.

6.2. VERSCHILLEN DE WEGBLIJVERS VAN DE DEELNEEMSTERS AAN DE VOORLICHTINGSBIJEENKOMSTEN? (VOORMETING)

Dikwijls wordt verondersteld dat we met voorlichting vooral diegenen bereiken, die deze voorlichting niet zo sterk nodig hebben, omdat hun kennis, houding en gedrag al vrij sterk overeenkomt met wat de voorlichters wenselijk achten. Men vraagt zich daarom af of de groep van 51 dames van wie het bestuur had aangegeven dat zij (bijna) altijd kwamen, maar die nu toch verstek lieten gaan, anders van samenstelling is dan de groep die wél is geweest. Dit is nagegaan door beide groepen te vergelijken op de van hen bekende socioeconomische kenmerken (6.2.1.) èn op hun scores voor kennis, houding en gedrag m.b.t. voeding en hart- en vaatziekten (6.2.2., 6.2.3., resp. 6.2.4.). Een samenvattende conclusie volgt in 6.2.5.

6.2.1. *De socio-economische kenmerken*

Het blijkt dat de groep die niet is geweest, niet verschilt van de groep die wèl is geweest voor zover het socio-economische kenmerken betreft. Weliswaar zijn er verschillen in de gemiddelde scores voor leeftijd en opleiding van de man en vooral in welstandsklasse (groep niet geweest aanzienlijk lager) maar deze verschillen zijn niet significant bij toetsing volgens de toets van Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig ($p > 0{,}10$)[9]

TABEL 6.2.1. Gemiddelde scores voor de socio-economische kenmerken: geweest vergeleken met niet-geweest.

	geweest	niet geweest	
leeftijd man	3,65 (51 jr)[10]	3,75 (54 jr)[10]	(n= 85, resp. 40; schaal 1 t/m 5)
leeftijd vrouw	3,64 (51 jr)[10]	3,64 (52 jr)[10]	(n=102, resp. 51; „)
opleiding man	2,60	2,40	(n=101, resp. 50; schaal 1 t/m 8)
opleiding vrouw	2,05	1,96	(n=102, resp. 51; „)
welstandsklasse	2,20[11]	1,73[11]	(n=102, resp. 51; schaal 1 t/m 6)

6.2.2. *Kennis*

De groepen verschillen niet in hun kennisscores, d.w.z. de kennis van risicofactoren, preventie-mogelijkheden, noch de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen vertoont significante verschillen (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig, voor de eerste en derde kennisscore en χ^2-toets voor de tweede, eveneens tweezijdig).[12]

TABEL 6.2.2. Gemiddelde scores voor kennis: geweest vergeleken met niet-geweest.

	geweest (n=102)	niet-geweest (n=51)	schaal-waarden	P
kennis I (risico-factoren)	3,62	3,68	0-2-4-6	$p > 0{,}10$
kennis II (preventie)	1,69	1,67	0 en 2	$p > 0{,}10$
kennis III (samenstelling)	20,24	21,31	0-34	$p > 0{,}10$

6.2.3. *Houding*

De groepen verschillen evenmin in een van de drie houdingsscores significant (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p > 0{,}10$)

TABEL 6.2.3. Gemiddelde houdingsscores; geweest vergeleken met niet-geweest

	geweest (n=102)	niet-geweest (n=51)	schaal-waarden	P
houding I (melkprodukten)	14,87	15,23	5-25	$p > 0{,}10$
houding II (preventie)	13,45	12,07	4-20	$p > 0{,}10$
houding III (dieetmargarine)	6,23	6,05	2-10	$p > 01{,}0$

6.2.4. *Gerapporteerd gedrag*

Hier komen enkele opmerkelijke verschillen tussen degenen die geweest zijn en de wegblijvers naar voren, hetgeen blijkt uit het nu volgende tabelletje.

TABEL 6.2.4. Gemiddelde gedragsscores: geweest vergeleken met niet-geweest.

	geweest (n=102)	niet-geweest (n=51)	schaal-waarden	P
G. I (gebruik produkten)	22,95	33,29	1-50	$p < 0{,}001$ sterk significant
G.II (verandering in eet-woonten)	0,27	0,29	0-11	$p > 0{,}10$ n.s.

In de eerste, meest omvattende gedragsscore (samengesteld uit gebruik en aard van gebruik van een 17-tal produkten) verschillen beide groepen zeer opvallend. Het gemiddelde voor de groep die niet is geweest, ligt opvallend hoger dan bij degenen die later wel naar één van de bijeenkomsten zijn geweest, nl. 33,29 t.o.v. 22,95, m.a.w. de groep die wel komt heeft een aanzienlijk potentieel voor verbetering! Het verschil is – uiteraard – significant (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p < 0{,}001$). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de wegblijvers, die globaal gezien als iets 'eenvoudiger' naar voren komen, een aantal produkten helemaal niet gebruiken – b.v. halvarine, kwark, koffiemelk, mayonaise, zoutjes- en om die reden voor deze produkten geen punten toegekend krijgen. Daardoor lopen ze ook niet de kans negatieve punten (leidend tot een lagere score) te scoren door gebruik van de binnen het produkt minder gunstig beoordeelde soorten. Deze verklaring is niet onwaarschijnlijk; tenslotte richt de Hartstichting zich op verschijnselen, die men zeker welvaartsverschijnselen zou kunnen noemen.

In de tweede gedragsscore, het aantal en aard van de veranderingen in eetgewoonten verschillen de groepen niet significant (χ^2-toets, $p > 0{,}10$).

6.2.5. *Conclusie*

Wanneer we bovenstaande vergelijkingen samenvatten, dan moeten we concluderen dat de groep van 153 voorgemeten personen uiteenvalt in twee, niet identieke groepen, nl. 102 personen die inderdaad een voorlichtingsbijeenkomst bijwonen en 51 dames die verstek laten gaan. Het beeld dat van de komers ontstaat, is dat van een gemiddeld iets welgestelder publiek, waarvan de man iets jonger is, man én vrouw een iets hogere opleiding hebben en het beroepsniveau van het gezinshoofd hoger is (verschillen overigens niet significant). Wél significant is het verschil in de gedragsscore in die zin dat de groep die komt een (nog) groter potentieel voor verbetering heeft dan de wegblijvers. Met name dit laatste feit is van belang bij het vaststellen van enig voorlichtingseffect, nog ongeacht de methode. Het gaat immers om vaststelling van effect bij een publiek dat zo goed mogelijk een doorsnee vormt van het 'normale' Hartstichtingspubliek, m.a.w. mensen die op de voorlichtingsavonden komen. Wij mogen de gegevens van deze 51 personen dan ook niet gebruiken als basisgegevens om de situatie ná de voorlichting ermee te vergelijken; hiertoe zijn slechts de uitgangsgegevens van de 102 personen die later wel kwamen, geeigend.

6.3. DE GROEPEN VAN LEZING EN KOOKBIJEENKOMST VERGELEKEN

Om te kunnen nagaan of eventuele veranderingen in scores m.b.t. kennis, houding en gedrag tussen de vóór- en nameting toegeschreven kunnen worden in methode, moet men er zeker van zijn dat de beide groepen – de deelneemsters aan de lezing en kookbijeenkomst – niet op andere punten wezenlijk van elkaar verschillen. Het gaat dan om de vergelijkbaarheid op die punten die van invloed zouden kunnen zijn op de kennis, houding of gedrag t.a.v. hart- en vaatziekten en voeding.

Het is mogelijk beide groepen te vergelijken op leeftijd (man en vrouw), (opleiding (man en vrouw), beroep van het gezinshoofd, welstandsklasse en beroepsniveau. Dit is gebeurd met behulp van de gegevens van de nameting (n=225), omdat we mogen aannemen dat socio-economische kenmerken niet door voorlichting beïnvloed zijn. Naast de resultaten van de lezing en kookbijeenkomst afzonderlijk geven de totaalcijfers (gemiddelden) een beeld van het feitelijke Hartstichtingspubliek.[13]

Wellicht zou het wenselijk geweest zijn eveneens te beschikken over gegevens als b.v. de aanwezigheid van hartpatiënten in gezin of naaste omgeving maar hierover beschikken wij (helaas) niet.

6.3.1. *De socio-economische kenmerken*

a. leeftijd

De beide groepen – lezing- en kookbijeenkomstdeelneemsters – blijken volledig vergelijkbaar qua leeftijdsverdeling (Kolmogorov-Smirnov; tweezijdig, $p > 0{,}10$). Een percentage-gewijze leeftijdsverdeling volgt.

TABEL 6.3.1a.

	Leeftijd vrouw					Leeftijd man		
	L	KB	gem.	NOP=Ned.		L	KB	gem.
25-34 jaar	12,0	7,7	9,8	23,3		9,5	4,9	7,1
35-49 jaar	28,7	33,3	31,1	27,5		28,4	32,3	30,4
50-64 jaar	44,4	41,9	43,1	24,5		48,4	44,1	46,1
65 jaar	14,8	17,1	16,0	16,1		13,7	18,6	16,2
	100	100	100	91,4[14]		100	100	100
n=	108	117	225	11.241	n =	95'	102'	197'

'bij 28 respondentes was deze vraag niet van toepassing (man overleden; gescheiden).

Slechts 9,8% van de vrouwen is jonger dan 35 jaar, hetgeen vergeleken met de 23% in de populatie van Nederlandse huisvrouwen een sterke ondervertegenwoordiging inhoudt. Eenzelfde verschijnsel is eerder geconstateerd in een vóóronderzoek. De daar eveneens geconstateerde onder-vertegenwoordiging van de leeftijdsgroep ouder dan 65 jaar treffen we nu niet aan (17,1% t.o.v. 16,1% in de Nederlandse bevolking). Het totaalbeeld blijft hetzelfde: er is een grote kans dat de deelneemsters aan een Hartstichtingsbijeenkomst tussen de 35 en 65

jaar zijn. Dit is niet zo verwonderlijk; gehuwde vrouwen met kleine kinderen zullen, voor zover zij al verenigingslid zijn, minder gemakkelijk naar verenigingsavonden komen. Ditzelfde geldt vermoedelijk voor werkende ongehuwde vrouwen en werkende vrouwen zonder kinderen.

b. opleiding

Ook qua schoolopleiding van man en vrouw verschillen de lezing- en de kookbijeenkomst-groep niet significant, zoals geïllustreerd kan worden met de volgende tabellen:

TABEL 6.3.1b. opleiding vrouw

	L	KB	gem.	NOP = Ned.
alleen lagere school	40,7	41,0	40,9	39,5
l.o. + beroepsonderwijs	38,9	39,3	39,1	27,8
algemeen voortgezet onderwijs en hoger	20,4	19,6	20,0	32,7
	100%	100%	100%	100%
n =	108	117	225	11.241

TABEL 6.3.1b. opleiding man

	L	KB	gem.
alleen lagere school	27,1	32,2	29,7
l.o. + beroepsonderwijs	33,6	33,9	33,8
algemeen voortgezet onderwijs en hoger	39,3	33,9	36,5
	100%	100%	100%
n =	107^{15}	115^{15}	222^{15}

Op eventuele verschillen tussen de lezing- en kookbijeenkomst-groep is getoetst op de oorspronkelijke, uit 8 categorieën bestaande indeling. Noch bij de opleiding van de vrouw, noch bij die van de man bestaan significante verschillen tussen de lezing- en kookbijeenkomstdeelneemsters (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig, $p < 0,10$). Kijkend naar de opleiding van de vrouw zien we dat het aandeel van de categorie 'alleen lagere school' vrijwel overeenkomt met het beeld voor de totale populatie van Nederlandse huisvrouwen: gemiddeld 40,9%, voor Nederland 39,5%. Het aantal vrouwen met lagere school en één of enkele jaren nijverheidsonderwijs is groter dan op basis van hun aandeel in de totale populatie verwacht mag worden: gemiddeld 39,1% t.o.v. 27,8%. Het aandeel van degenen met een voortgezette algemene opleiding is echter lager dan in de totale populatie van Nederlandse huisvrouwen: 20% t.o.v. 32,7%.

Samengevat kunnen we zeggen dat het publiek voor 80% bestaat uit vrouwen met lagere school, al of niet met enkele jaren huishoudonderwijs of een soortgelijke beroepsopleiding.

c. beroep van het gezinshoofd

Gevraagd is naar de aard van het werkzaam (geweest) zijn van het gezinshoofd. Het gaat hier om het gezinshoofd in economische zin; in de meeste, niet in alle gevallen is dit de man. Ook hier blijkt geen significant verschil te bestaan tussen de lezing- en de kookbijeenkomst-groep (χ^2-toets, $p > 0{,}10$)

TABEL 6.3.1.c. beroep van het gezinshoofd.

	L	KB	gem.
werkzaam als zelfstandige	28,7	32,5	30,7
bij de overheid	27,8	28,2	28,0
ergens anders in loondienst	43,5	39,3	41,3
	100%	100%	100%
	n = 108	117	225

d. welstandsklasse

In onderstaande tabel valt op dat onder de lezing-deelneemsters meer personen uit de middengroep (B_2) voorkwamen dan bij de kookbijeenkomst; de verschillen zijn echter niet significant (Kolmogorov-Smirnov; tweezijdig; $p > 0{,}10$).

TABEL 6.3.1d. Welstandsklasse

	L	KB	gem.	NOP = Ned.
a = hoogste	12,0	20,5	16,4	10,5
B_1	16,6	22,2	19,6	11,0
B_2	30,5	17,9	24,0	22,5
C	25,0	27,3	26,2	40,8
D = laagste	15,7	12,0	13,8	14,7
	100%	100%	100%	100%
	n =108	117	225	11.241

De beide hoogste welstandsklassen zijn in overgrote mate vertegenwoordigd; de beide laagste zijn sterk ondervertegenwoordigd.

e. beroepsniveau

Ook wat betreft het beroepsniveau wijken de lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters niet significant van elkaar af (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p > 0{,}10$).

TABEL 6.3.1e. Verdeling naar beroepsniveau.

	L	KB	gem.	Nederland[16]
ongeschoolde arbeid	5,5	6,8	6,2	11,1
geschoolde arbeid	26,8	19,6	23,1	35,3
lagere employees	17,6	19,6	18,8	22,1
kleine zelfstandigen	24,1	29,9	27,1	17,1
middelbare employees	16,6	8,5	12,4	9,5
hogere beroepen	9,2	15,4	12,4	5,0
	100%	100%	100%	100%
	n = 108	117	225	1046

Bij vergelijking van deze percentages met die verkregen van een representatieve, zij het betrekkelijk kleine steekproef uit de Nederlandse manlijke beroepsbevolking blijkt dat onder de echtgenoten van het publiek zowel de geschoolde als ongeschoolde arbeiders sterk zijn ondervertegenwoordigd, evenals de lagere employees. De kleine zelfstandigen hebben een sterke oververtegenwoordiging en ditzelfde geldt, in mindere mate voor de beide hoogste beroepsniveaus.

6.3.2. *Kennis*

Om na te gaan of de deelneemsters aan de lezing en de kookbijeenkomst in de uitgangssituatie vergelijkbaar waren qua kennis, houding en gedrag, kunnen we uiteraard niet als bij de socio-economische gegevens, kijken naar de nameting. Hiertoe moeten we vergelijken de uitgangsscores van de groepen die zowel voor- als nagemeten zijn; van die groep is nl. doordat ze ook nagemeten zijn, bekend of ze tot de lezing-groep dan wel tot de kookbijeenkomst-groep gerekend moeten worden.

TABEL 6.3.2. Kennisscores voor de dubbelgemeten groepen ten tijde van de voormeting, vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

Kennis I (risico-factoren) scores	0	2	4	6	n=	gem.
lezing	3	15	20	5	43	3.25
kookbijeenkomst	1	13	15	13	42	3.90
					85	3.57

De verdeling verschilt net niet significant maar er is wel sprake van een trend tot een iets hogere kennis bij de kookbijeenkomst-deelneemsters (Kolmogorov-Smirnov; $0{,}05 < p < 0{,}10$).[12 17]

Kennis II (preventie-mogelijkheden)

score	0	2	n=	gem.
lezing	10	33	43	1.53
kookbijeenkomst	5	37	42	1.76
			85	1.64

Het verschil is niet significant (χ^2-toets; $p > 0{,}10$).

Kennis III (samenstelling voedingsmiddelen)

score	9	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	n	gem.
lezing	–	2	1	3	6	3	8	–	5	1	7	1	1	3	–	1	1	–	–	43	20.20
kookbijeen-komst	1	1	2	4	3	3	4	7	5	2	2	1	4	1	1	–	–	–	1	42	20.02
																				85	20.11

Ook hier is ten tijde van de voormeting geen significant verschil in kennis aanwezig tussen de (latere) lezing en kookbijeenkomst-groepen. (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p > 0{,}10$).

6.3.3. *Houding*

We onderscheiden dezelfde houdingscomponenten als genoemd onder 4.2.2. Het beeld voor de uitgangssituatie van de dubbelgemeten lezing- en kookbijeenkomst-groep is als volgt.

TABEL 6.3.3. Houdingsscores voor de dubbelgemeten groepen ten tijde van de voormeting, vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

Houding I (t.o.v. melkprodukten).

score	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	n=	gem.
lezing	1	–	–	–	1	5	1	4	7	4	3	3	–	3	1	3	2	–	2	1	2	43	15.30
kookbijeen-komst	1	1	2	3	3	1	3	2	4	1	3	4	1	2	2	2	3	1	1	2	2	42	14.88
																						85	15.09

De beide groepen verschillen niet significant (Kolmogorov-Smirnov; tweezijdig; $p > 0{,}10$)

Houding II (t.o.v. preventie-mogelijkheden)

score	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	n=	em.
lezing	1	2	–	2	3	3	1	1	7	3	5	4	2	3	1	5	43	12.72
kookbijeen-komst	–	–	–	–	3	–	1	6	6	7	4	3	1	2	6	3	42	13.78
																	84	13.25

Ook in houding t.a.v. de mogelijkheden tot preventie van hart- en vaatziekten verschilt de groep die (later) naar de lezing zal gaan en de (latere)groep van de kookbijeenkomst niet significant (Kolmogorov-Smirnov; tweezijdig; $p > 0{,}10$).

Voor de houding t.o.v. dieetmargarine geldt dezelfde conclusie als voor de andere twee houdingscomponenten: geen significant verschil in lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters bij voorbaat (χ^2-toets; $p > 0{,}10$).

Houding III (t.o.v. dieetmargarine).

score	3	3	4	5	6	7	8	9	10	n=	gem.
lezing	1	1	–	1	34	2	1	2	1	43	6.13
kookbijeen-komst	–	–	1	4	27	5	3	1	1	42	6.28
										85	6.20

Het opvallend gebrek aan spreiding, in combinatie met het feit dat de derde houdingsscore gebaseerd is op slechts twee uitspraken doet vermoeden dat velen

niet weten wat dieetmargarine precies is en erover nauwelijks een uitgesproken houding bezitten (score 3 is nl. neutraal).

6.3.4. *Gedrag*

Ook hier onderscheiden we de gedragsscore als onder 4.2.3.

TABEL 6.3.4. Gedragsscores van de dubbelgemeten groepen ten tijde van de voormeting, vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

Gedrag I (gebruik van een 17-tal produkten)

Score	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	n	gem.
lezing	1	–	–	1	–	–	3	4	3	7	2	5	–	5	1	3	2	3	–	1	–	–	–	2	–	43	32.23
kookbijeen-komst	1	–	2	1	1	–	2	2	7	3	4	4	1	1	1	2	3	3	1	1	–	1	–	–	1	42	20.80
																										85	21.01

Er is geen significant verschil tussen beide groepen (Kolmogorov-Smirnov; tweezijdig; $p > 0{,}10$).

Gedrag II (verandering in eetgewoonten).

Score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	n	gem.
lezing	38	2	1	1	1								43	0.25
kookbijeen-komst	39	2	—	—	—								42	0.30
													85	0.27

Gezien deze eenzijdige verdeling – het grootste deel van de mensen rapporteert geen enkele verandering in eetgewoonten (N.B. vóóraf) – is toetsing op significantie van een eventueel verschil zinloos. De verwachte celfrequenties in cel 3 en 4 zijn zelfs kleiner dan 5, een min. voorwaarde voor toetsing m.b.v. de χ^2-toets.

6.3.5. *Conclusie*

Samenvattend kan men stellen dat de lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters volledig vergelijkbaar zijn m.b.t. de socio-economische kenmerken én m.b.t. de uitgangsposities voor kennis-, houdings- en gedragscomponenten. Deze conclusie is gebaseerd op twee soorten vergelijkingen, nl. enerzijds die tussen de lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters van de nameting (n=225) voor wat betreft de socio-economische kenmerken; anderzijds die tussen de (latere) lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters van de voormeting (n=85) voor wat betreft kennis-, houdings- en gedragscomponenten. De conclusie betekent dat de toevalstoedeling aan de methode(n) in dit praktijkexperiment volledig is geslaagd. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd eventuele effectverschillen, zo die worden geconstateerd, aan de methode-verschillen toe te schrijven.

6.4. VOORLICHTINGSEFFECTEN M.B.T. KENNIS

De voorlichtingseffecten worden weergegeven in twee onderdelen. In 6.4.1. komen de algemene voorlichtingseffecten aan de orde, dat wil zeggen eventuele verschillen tussen de voor- en nameting (zie het eerste deel van de probleemstelling in 2.1.).

In 6.4.2. wordt ingegaan op de vragen van de probleemstelling, deel 2 en 3, d.w.z. op de vergelijking tussen lezing en kookbijeenkomst (zie 2.1.).

Onder verwijzing naar de onderzoeksopzet in 2.2.4. gaat het in de eerste paragraaf dus telkens – ook bij 6.5.1. voor houding en 6.6.1. voor gedrag- om een vergelijking tussen links en rechts in het schema (voor en na) en in de tweede paragraaf om de vergelijking tussen onder en boven (lezing en kookbijeenkomst).

6.4.1. *Algemeen*

Voor de vraag of voorlichting heeft geleid tot meetbare veranderingen ten opzichte van de uitgangssituatie (voormeting) konden we, zoals eerder opgemerkt, slechts gebruik maken van de gegevens van een deel van de voorgemeten personen, nl. van de 102 dames van de 153, die inderdaad een voorlichtingsbijeenkomst hebben bijgewoond (zie 6.2.5.). We hebben deze groep vergeleken met de 140 dames die op een lezing dan wel een kookbijeenkomst zijn geweest en alleen zijn nagemeten, dit om een eventueel effect van de voormeting uit te sluiten. Vergelijking van deze beide groepen geeft de volgende tabel. Toetsing op de verschillen vond plaats m.b.v. Kolmogorov-Smirnov, eenzijdig voor de eerste en de derde kennisscore en m.b.v. de χ^2-toets voor de tweede.

TABEL 6.4.1. Gem. kennisscores, vóór en 4 weken na de voorlichting.

	voor-meting (n=102)	nameting (n=140)	schaal-waarden	p[17]	
K.I. (risico-factoren)	3.62	4.15	0, 2, 4, 6	0,05<p<0,10	trend
K.II. (preventie)	1.51	1.79	0 en 2	p<0,005	sign.
K.III. (samenstelling van voedingsmiddelen)	20.24	24.365	0-34	p<0,001	sterk sign.

Uit de tabel blijkt dat na de voorlichting de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen significant beter is. In kennis van de mogelijkheden om via voeding iets aan preventie te doen, is eveneens een significante verandering gekomen. Bij de eerste kennisscores zou men kunnen spreken van een trend tot kennisvergroting, d.w.z. er is een kans tussen 5 en 10% dat de geconstateerde vergroting op toeval berust. Stelt men 5% als grens, dan is het verschil niet significant. We spreken hier en voortaan in dergelijke gevallen (0,05<p<0,10) van een trend.

Een tweede weg om iets over het voorlichtingseffect te kunnen zeggen is vergelijking van de scores ná de voorlichting met de scores vóór de voorlichting van de 85 dubbelgemeten personen. Hoewel deze individuele vergelijkingen vanuit statistisch oogpunt de voorkeur verdienen, aangezien men eerder (d.w.z. bij kleinere n of bij kleinere verschillen) tot significante uitspraken kan komen, kleeft aan deze werkwijze één groot bezwaar. Het is nl. zeer goed mogelijk dat de voormeting een voorlichtingseffect creëert dan wel vergroot. Wordt iemand nl. één week vóór een bijeenkomst een aantal vragen gesteld die de respondente op dat moment niet kan beantwoorden, dan is de kans groot dat wanneer op de voorlichtingsbijeenkomst vrijwel al deze onderwerpen aan de orde komen, de geïnterviewde extra attent is op juist de al in de voormeting gestelde vragen, m.a.w. men creëert kunstmatig een 'voorlichtings'effect.

Om na te gaan of inderdaad de storing van het voorgemeten zijn dit effect veroorzaakt, zijn deze 85 (dubbelgemeten) personen wat hun nametingsscores betreft, vergeleken met de 140 alléén nagemeten personen. Tussen deze scores blijkt geen significant verschil te bestaan (Kolmogorov-Smirnov; eenzijdig; p > 0,10) m.a.w. het voormeten lijkt geen storing te hebben veroorzaakt.

Afzonderlijk zijn de 85 dubbelgemeten personen getoetst op verschillen tussen voor- en nameting; voor de eerste en derde kennisscore m.b.v. de toets van Wilcoxon matched pairs en voor de tweede kennisscore m.b.v. de toets van Mc Nemar. Voor de kennisscores gaf dit in grote lijnen eenzelfde beeld als eerder beschreven: verbetering in kennis van de risico-factoren, nu significant; een grotere kennis van de preventie-mogelijkheden maar met een kans tussen 5 en 10% dat deze op toeval berust (trend) en significant betere kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen. De kennis van risico-factoren was bij de dubbelgemeten groep ná de voorlichting significant beter dan ervoor (Wilcoxon; eenzijdig; p < 0,01).

Samenvattend kan men stellen dat er sprake is van een significant voorlichtingseffect bij alle 3 kennisonderdelen. Dit houdt in dat ca. één maand na de

voorlichting de onderzochte deelneemsters een grotere kennis hebben van de risico-factoren voor hart- en vaatziekten, méér kennis van de preventiemogelijkheden via voeding en ook beter op de hoogte zijn van de samenstelling van bepaalde vet- en cholesterol-bevattende produkten.

6.4.2. *Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: kennisvariabelen*

Voor de vergelijking van beide voorlichtingsmethoden maken we gebruik van de groepen die naar de lezing, respectievelijk de kookbijeenkomst zijn geweest en die niet zijn voorgemeten, d.w.z. van mogelijke storende invloeden van de voormeting is geen sprake. Het gaat dus om de groepen NALNV (n=65) en NAKNV (n=75) uit de onderzoeksopzet van 2.2.4.

TABEL 6.4.2. Gem. kennisscores 4 weken na de voorlichting; vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

	lezing (n=65)	kookbij-eenkomst (n=75)	schaal-waarden	p	
kennis I (risico-factoren)	4.28	4.05	0, 2, 4, 6	p>0,10	n.s.
kennis II (preventie-mogelijkheden	1.75	1.81	0 en 2	p>0,10	n.s.
kennis III (samenstelling van voedingsmiddelen)	25.29	23.57	0-34	0,05<p<0,10	trend

Bij tweezijdige toetsing volgens Kolmogorov-Smirnov voor de eerste en de laatste kennisscore en met behulp van de χ^2-toets voor de tweede vinden we voor alleen de derde kennisscore een trend tot verschil[18]. De kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen is in de lezing-groep hoger! Dit doet de vraag opkomen of het in de vorige paragraaf (6.4.1.) geconstateerde kennis-effect wellicht alleen moet worden toegeschreven aan de lezing-deelneemsters. Dit blijkt niet het geval; zowel de vergelijking van de 102 voorgemeten én gekomen deelneemsters met de groep lezing-deelneemsters afzonderlijk als van de deelneemsters aan de kookbijeenkomst afzonderlijk, levert significante verschillen op (Kolmogorov-Smirnov; eenzijdig; $p < 0{,}001$). Bij de beide andere kennisscores zijn de verschillen niet significant.

6.5. VOORLICHTINGSEFFECTEN MET BETREKKING TOT HOUDING

6.5.1. *Algemeen*

Vergelijking van de drie houdingsscores bij vóór- en nameting (zie 6.4.1.) geeft het volgende beeld:

TABEL 6.5.1. Gemiddelde houdingsscores

	voor-meting (n=102)	nameting (n=140)	schaal-waarden	p	
H.I (melkprodukten)	14,87	18,15	5-25	p<0,003	sign.
H.II (preventie)	13,45	13,32	4-20		n.s.
H.III (dieetmargarine)	6,23	6,26	2-10		n.s.

We zien uit deze tabel dat alleen de houding t.a.v. (magere) melkprodukten verschoven is in de richting van de voorlichtingsboodschap; de overige twee houdingsscores vertonen geen significant verschil.

Een poging meer inzicht te verkrijgen in eventuele veranderingen door vergelijking van de 85 dubbelgemeten respondentes levert voor alle houdingsvariabelen eenzelfde resultaat als weergegeven in tabel 6.5.1. Er is dus verschil in houding t.a.v. melkprodukten, in die zin dat men na de voorlichting er positiever tegenover staat meer de magere in plaats van de volle zuivelprodukten te gebruiken (Wilcoxon matched pairs; $p < 0,10$). Er is geen verschil in houding t.o.v. preventie-mogelijkheden en evenmin in die t.o.v. het gebruik van dieetmargarine (Wilcoxon; $p > 0,10$).

6.5.2. *Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: houdingsvariabelen*

6.5.2.1. De houdingsscores

De gemiddelde houdingsscores voor de groepen van lezing en kookbijeenkomst als in 6.4.2. zijn weergegeven in tabel 6.5.2.1.

TABEL 6.5.2.1. Gem. houdingsscores 4 weken na de voorlichting: vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	schaalwaarden	p
H.I (melkprodukten)	18,65	17,73	5-25	n.s.
H.II (preventie)	13,46	13,21	4-20	n.s.
H.III (dieetmargarine)	6,14	6,39	2-10	n.s.

Op geen van de drie houdingsscores is een verschil significant tussen de lezinggroep en de groep van de kookbijeenkomst (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p > 0,10$). Eenzelfde resultaat levert de vergelijking van de vergrote groepen op, d.w.z. aangevuld met de ook voorgemeten mensen, zodat n voor de lezing 108 en voor de kookbijeenkomst 117 is.

6.5.2.2. Vergelijking lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters op de overige houdingsvariabelen

In 4.2.2. is aangegeven dat de deelneemsters vier weken na de voorlichting is gevraagd hoe zij tegenover vier afzonderlijke onderdelen van de voorlichtingsboodschap stonden en wat hun totaaloordeel was. De resultaten zijn weergegeven in de nu volgende tabel.

TABEL 6.5.2.2. Houding t.o.v. diverse aspecten van de voorlichtingsboodschap (in%); vergelijking deelneemsters aan lezing en kookbijeenkomst.

a. minder tussendoortjes

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	gem. (n=140)
positief	80	74,6	77,1
+/-	20	21,3	20,7
negatief	—	4,0	2,1
	100%	100%	100%

Er is geen verschil in houding tussen de lezing- en kookbijeenkomstdeelneemsters (χ^2-toets; $p > 0,10$).

b. meer de magere i.p.v. de volle melkprodukten.

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	gem. (n=140)
positief	44,6	45,3	45,0
+/-	41,5	33,3	37,1
negatief	13,8	21,3	17,9
	100%	100%	100%

Ook hier is het verschil niet significant (χ^2-toets; $p > 0,10$).

c. méér produkten met m.o.v. in plaats van verzadigde vetten.

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	gem. (n=140)
positief	56,9	46,6	51,4
+/-	21,5	30,6	26,4
negatief	21,5	22,6	22,1
	100%	100%	100%

Ook hier is geen verschil tussen de lezing- en de kookbijeenkomstdeelneemsters significant (χ^2-toets; $p > 0,10$).

d. minder vet vlees en vette vleeswaren.

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	gem. (n=140)
positief	64,6	58,6	61,4
+/-	32,3	30,6	31,4
negatief	3,0	10,6	7,1
	100%	100%	100%

Eveneens geen verschil tussen de lezing- en kookbijeenkomstdeelneemsters (χ^2-toets; $p > 0{,}10$).

Bij vergelijking van de reacties op de aanbeveling tot het matigen van tussendoortjes en de oproep meer magere in plaats van volle melkprodukten te gebruiken is wel duidelijk dat laatstgenoemde oproep aanzienlijk meer tegenargumenten oproept dan de algemene aanbeveling tot matigheid. Ook bij de aanbeveling tot het gebruiken van (meer) produkten met een hoog gehalte aan meervoudige onverzadigde vetzuren ligt het aantal gemengde en alleen negatieve opmerkingen vrij hoog. Veel minder alleen negatieve opmerkingen werden genoteerd bij d: minder vet vlees en vette vleeswaren. Overigens moet bij de 61% die zegt hier volledig positief tegenover te staan worden opgemerkt dat velen van hen zeiden dit advies zelf al lang in praktijk te brengen. In hoeverre het vette spek en de reuzel van vroeger als referentie worden gehanteerd, is niet exact na te gaan. Wel blijkt duidelijk uit de opmerkingen dat voor velen de grens tussen wat vet en niet-vet is, anders ligt dan de diëtistes bedoelen.

Opvallend is dat voor alle vier onderdelen het aantal negatieve opmerkingen na de kookbijeenkomst groter is dan na de lezing. Mogelijk is dit het gevolg van onderlinge gesprekken buiten de diëtiste om, waardoor eventuele eigen negatieve reacties gemakkelijker geuit worden en daardoor bestendigd (tot nameting vier weken later).

Interessant is te kijken naar de aard van de tegenargumenten, d.i. de onder +/- en – gerangschikte opmerkingen. Deze zijn geordend in voor elk thema passend lijkende = meest voorkomende categorieën en afgerond op hele procenten.

Argumenten tegen het matigen van tussendoortjes (a) zijn:

– niet van toepassing op eigen sitautie (snoep nooit/zelden; voor velen wel nodig, wij hebben veel lichaamsbeweging)	43%
– verlies van gezelligheid (zo ongezeltig, zeker als er mensen zijn)	16%
– andere redenen[19]	41%
	100%

(n=37, d.w.z. 37 opmerkingen van 13 personen)

Argumenten tegen het gebruik van de magere i.p.v. de volle melkprodukten:

– niet van toepassing op eigen situatie (vooral voor oudere mensen; vooral voor mensen met aanleg voor dik worden; voor kinderen niet; vooral voor jongeren; wel als je er veel van gebruikt – zelf klein gezin – etc.).	34%
– smaak minder dan van volle produkten (was wel goed als er gedeeltelijk magere melkprodukten werden gebruikt, maar die zijn niet zo lekker, zegt men; het is wel waar, maar die 20+ kaas is niet lekker; volle melk is toch wel veel lekkerder; wel mee eens, maar andere dan volvette kaas is niet te ten; 't is wel waar, maar hier lusten ze het niet; mee eens, maar m'n man vindt die halfvolle melk te waterig).	22%
– andere redenen[19]	44%
	100%

(n=102, d.w.z. 102 opmerkingen afkomstig van 36 personen)

Argumenten tegen het gaan gebruiken van produkten met méér m.o.v.:

– te duur (flauwekul, doe maar minder op brood, veel te duur al die dieetspullen; te duur om te gaan gebruiken in gezin met 5 personen; voor ons is het doenlijk, we zijn maar met 2, maar voor een gezin is het vrij duur; financieel gedoe voor fabrikanten; is wel beter, maar te duur = gestopt vanwege de prijs).	26%
– nog niet bewezen (mee eens onder voorbehoud, ben een beetje aan het twijfelen gebracht door tegenspraak van de wetenschap; lijkt wel goed als het allemaal waar is tenminste; vet is vet, al dat onverzadigde maakt niet veel uit, als je het verhit, wordt het weer verzadigd).	14%
– andere redenen[19]	60%
	100%

(n=93, d.w.z. 93 opmerkingen van 28 personen)

Argumenten tegen het gaan gebruiken van minder vet vlees en vleeswaren:

– niet van toepassing op eigen situatie (we eten al mager vlees; we eten al niet erg vet en wat verstaan ze onder erg vet. Vroeger aten we veel meer spek e.d.; waarom moet er nu nog meer van het vette vlees af; we werken veel en hebben eigen slacht).	40%
– te duur (met gezin is iedere dag mager rundvlees niet mogelijk; rundvlees is nogal duur, daarom eten we veel varkensvlees)	24%
– andere redenen[19]	36%
	100%

(n=67, d.w.z. 67 opmerkingen van 20 personen)

Bij deze uitgebreidere weergave van de tegenargumenten moeten we niet uit het oog verliezen dat bij alle onderdelen meer dan de helft van de respondenten positief er tegenover staat, het meest bij de tussendoortjes (ruim 80%), in iets mindere mate bij vlees en vleeswaren (bijna 70%) en ruim 50% bij de melkprodukten en de m.o.v.-rijke produkten. In hoeverre deze positieve houding zich zal uiten in veranderd gedrag is de vraag. Tot licht pessimisme neigen de m.i. vrij hoge percentages in de categorieën: 'niet van toepassing op eigen situatie' (voor a, b en c groter dan 30%). Dit houdt nl. in dat men vindt dat althans dit gedeelte van wat de Hartstichting naar voren brengt bestemd is voor anderen dan zichzelf; zelf doet men het immers al 'goed'.

Het totaal oordeel over de boodschap levert op:

	lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	gem. (n=140)
positief	61,5	62,6	62,1
+/-	35,3	28,0	31,4
negatief	3,0	9,3	6,4
	100%	100%	100%

Tussen de lezing en de kookbijeenkomst-deelneemsters bestaat geen verschil in eindoordeel, al is er ook hier weer een lichte neiging tot wat meer negatieve reacties bij de kookbijeenkomsten (χ^2-toets; $p > 0,10$).

Omdat wij ons afvroegen of er in de beoordeling verschillen bestonden tussen 'stad' en 'platteland', hebben wij de 10 in het onderzoek betrokken gemeenten als volgt onderverdeeld op basis van de CBS-classificatie naar urbanisatiegraad (CBS, 1975): 4 gemeenten met een stedelijk karakter: Dordrecht, Hoensbroek, IJmuiden, Schiedam en 6 gemeenten met een min of meer agrarisch karakter: Hei- en Boeicop, Oirlo, Soerendonk, Vierlingsbeek, Uffelte, Zuidlaren. Vervolgens hebben we voor alle vijf onderdelen tezamen het aantal positieve, gemengde en negatieve opmerkingen bepaald per gemeente. Bij toetsing op eventuele verschillen bleek een trend tot verschil te bestaan; in de zes plattelandsgemeenten werden gemiddeld iets minder positieve, iets meer gemengde en negatieve opmerkingen genoteerd dan in de 4 stedelijke gemeenten. Men staat dus als het ware in de dorpen iets huiveriger tegenover de inhoud van de boodschap, hoewel de verschillen klein zijn (χ^2-toets; $0,05 < p < 0,10$).

6.6. VOORLICHTINGSEFFECTEN MET BETREKKING TOT GERAPPORTEERD GEDRAG

Ook hier geven we in 6.6.1. de algemene voorlichtingseffecten, als bedoeld in probleemstelling 1 in 2.1. en gaan we in 6.6.2. in op eventuele verschillen tussen de lezing en de kookbijeenkomst (probleemstelling 2, 3 en 4 in 2.1.).

6.6.1. *Algemeen*

De gemiddelde gedragsscores van de voorgemeten groep die ook is gekomen (n=102) en van de groep die alleen is nagemeten (n=140), zijn weergegeven in de nu volgende tabel.

TABEL 6.6.1. Gemiddelde gedragsscores, vóór en vier weken na de voorlichting.

		voormeting (n=102)	nameting (n=140)	schaal-waarden	p	
gedrag I	(gebruik produkten)	22,95	32,91	1-50	p<0,001	sterk significant
gedrag II	(verandering eetgewoonten)	0,27	1,30	0-11	p<0,001	sterk significant

Het is duidelijk dat in beide gevallen het verschil sterk significant is (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig), met andere woorden, het opgegeven (!) patroon van het gebruik – aard en hoeveelheid – van een redelijk aantal produkten gaat in de richting zoals de Hartstichting beoogt.

Daarnaast geven significant méér mensen dan tevoren op in de maand voorafgaande aan het interview iets in hun eetgewoonten te hebben veranderd. Het percentage respondenten dat opgeeft iets veranderd te hebben, was bij de voormeting 14,3 (n=153 is totale voormeting) en dit stijgt tot 36,8% bij de nameting (n=225 is totale nameting, inclusief de 85 personen die twee keer geïnterviewd zijn). Van de 83 personen die in totaal opgeven iets veranderd te hebben, zegt 81 er een speciale aanleiding voor te hebben gehad. Van deze 81 geven 59 de voorlichting op als aanleiding, dat is bijna 73%. In ca. 4% wordt opgegeven een eigen dieet (NB = 3 personen), terwijl dit bij de voormeting bij vier van de twintig veranderde personen het geval was. In eveneens ca. 4% een dieet van een gezinslid (voormeting: geen) en de overige ca. 20% wordt gevormd door redenen van zeer uiteenlopende aard: vonden ons te zwaar; op advies zuster/kinderen, seizoensverandering (voormeting: 80%).

Volgend op de vraag naar veranderingen in eetgewoonten vroeg vraag 17 van het enquête-formulier (zie bijlage IV) naar eventuele gewichtsveranderingen in de maand, voorafgaande aan het gesprek. De vraag was bedoeld als globale controle op de veranderde eetgewoonten, maar kon deze functie niet vervullen, omdat zowel bij de voor- als nameting ca. 80% van de respondenten opgaf gelijk in gewicht te zijn gebleven. De opgegeven redenen voor gewichtstoename (11 personen bij voormeting en 5 personen bij nameting) zijn zeer uiteenlopend en sterk aan persoonlijke omstandigheden gebonden. 'Teveel gesnoept', 'gewoon teveel feestjes gehad', 'veel verjaardagen' etc. worden in bijna de helft van de gevallen aangevoerd. Twee dames geven op het niet te weten 'ik eet weinig, maar toch blijft het eraan', 'niet door teveel eten, zoveel eet ik niet' en twee respondenten berichten zich niet aan hun dieet te hebben gehouden. Ook zwangerschap komt als een reden voor gewichtstoename voor.

Van de bijna 50 gevallen (voor- en nameting samen) waarin men aangeeft te zijn afgevallen, is dit in 20% het gevolg van ziekte. Veertien dames zijn op dieet, waarvan enkelen op medische indicatie, anderen op eigen initiatief: 5 dames in één dorp zijn op de 'slanke lijners club'. Sommige respondentes noemen specifieke veranderingen: 'vier dagen geen aardappels gegeten;. geen suiker meer in koffie en thee; minder snoepen; magere melkprodukten'. Drukke werkzaamheden worden door vijf dames als reden van afvallen genoemd, soms in combinatie met 'zenuwen, spanningen'.

In de verderliggende achtergronden van de wens tot dieet'houden, het slagen of mislukken ervan en andere aanleidingen tot veranderingen in eetgewoonten hebben deze globale open antwoorden weinig inzicht gegeven.

6.6.2. *Vergelijking lezing en kookbijeenkomst: gedragsvariabelen*

6.6.2.1. De gedragsscores

De gemiddelde gedragsscores bij de nameting zijn weergegeven in tabel 6.6.2.1.

TABEL 6.6.2.1. Gemiddelde gedragsscores 4 weken na de voorlichting; vergelijking lezing en kookbijeenkomst.

	lezing (n=65)	kookbij-eenkomst (n=75)	gem. (n=140)	schaalwaarden	p
G.I. (gebruik produkten)	33,03	32,80	32,91	1-50	n.s.
G.II. (veranderingen in eetgewoonten)	1,34	1,28	1,31	0-11	n.s.

Er is geen verschil in de gedragsscores tussen de deelneemsters aan elk der methoden (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig; $p > 0{,}10$).

De Hartstichting tracht veranderingen in eetgedrag mede te bewerkstelligen door het uitproberen van nieuwe recepten en bereidingswijzen te stimuleren. In welke mate meegenomen dan wel op de avond zelf gemaakte recepten thuis zijn toegepast, is weergegeven in de nu volgende paragraaf (6.6.2.2.).

6.6.2.2. Recepten: toepassing en reacties

Het groene boekje met recepten is door 85% van de lezing-deelneemsters en door 90% van de kookbijeenkomst-deelneemsters mee naar huis genomen. Van deze 82 lezing-deelneemsters hadden er 6 (7,3%) vier weken later een recept uit het boekje gemaakt; van de 105 boekjesbezittende kookbijeenkomst-deelneemsters hadden 20 dames (13,9%) een recept gemaakt. Het verschil is significant (χ^2-toets; $p < 0{,}05$). Hoewel het gaat om vrij geringe aantallen, is toch interessant te zien dat bij 5 van de 6 lezing-dames de geprobeerde recepten goed zijn bevallen, terwijl dit opgaat voor 16 van de 20 KB-receptenmaaksters. De bezwaren leken vooral voort te komen uit het onwennige van de vetarmer bereiding: 'smaakt niet (dipsausjes), cake zonder boter idioot, daarom toch maar wat boter in gedaan (!)'.

Het aantal deelneemsters dat na de kookbijeenkomst één van de op de avond zelf bereide gerechten heeft gemaakt, ligt hoger nl. 33 (28,2%). Bij slechts één persoon was dit niet goed bevallen, terwijl 3 een gemengd oordeel gaven als: zelf lekker, man en/of kinderen niet. Het merendeel (29) is zeer tevreden.

Om een idee te krijgen van de krachten die acceptatie van dit onderdeel van de voorlichting bemoeilijken, is gevraagd waarom men geen recept heeft uitgeprobeerd. De opgegeven redenen zijn gebundeld tot enkele categorieën, die zijn weergegeven in de volgende tabel.

TABEL 6.2.2.2. Opgegeven redenen voor niet proberen van recepten uit boekje en de avond zelf.

	boekje (n=146)	avond (n=78)
a. geen tijd	45,7%	35,9%
b. man en/of kinderen houden er niet van	9,8	12,8
c. was geen aanleiding voor	8,5	15,4
d. recepten van de avond niet lekker	—	11,5
e. overige	36,0	24,3
	100%	100%

Van het vrij grote aantal respondenten dat opgeeft geen tijd gehad te hebben om iets uit te proberen, kan men zich afvragen of deze reden niet een zozeer voor de hand liggende en sociaal algemeen aanvaarde 'verklaring' is dat men deze reden gebruikt om niet na te hoeven denken over, resp. in te hoeven gaan op de werkelijke beweegredenen (gebrek aan interesse, motivatie b.v.).

Voor de tweede reden 'man en/of kinderen houden er niet van' geldt in feite hetzelfde; in plaats van áán te nemen dat de overige huisgenoten iets niet zullen appreciëren, zou een voldoende gemotiveerde huisvrouw kunnen proberen de recepten te presenteren, zoveel mogelijk rekening houdend met de smaak van de overige gezinsleden.

Men kan uit deze 2 typen redenen m.i. voorzichtig concluderen, dat de diëtistes deze huisvrouwen kennelijk niet zó hebben kunnen motiveren dat zijzelf over (één van) beide barrières – a en b – heen konden stappen.

De onder c. gebundelde opmerkingen 'was geen aanleiding voor' zijn m.i. extra aandacht waard. Kennelijk ervaart althans een deel van het publiek de recepten uit het boekje als geschikt voor speciale gelegenheden, maar niet slaande op de voeding van elke dag. Dit is jammer, omdat de gebruikte basisprincipes – cholesterolbeperkt, vetbeperkt en gebruik m.o.v. in plaats van verzadigde vetten – toch bedoeld zijn voor toepassing in de dagelijkse praktijk. Te overwegen valt of door wijzigingen in aard, ingrediënten en wellicht benaming van de gerechten het beeld 'alleen voor speciale gelegenheden' kan worden omgebogen tot 'nuttige tips/recepten voor de praktijk van alledag' (áls de Hartstichting dit beoogt!).

Ook wat betreft het niet maken van de recepten van de avond geven 12 dames redenen op als: 'geen bezoek gehad, normaal doen we niet van dat soort dingen; eten eigenlijk nooit tussendoortjes; dat doe je niet zo gauw als je alleen/met z'n tweeën bent; daar moet eens een gelegenheid voor zijn; eigenlijk iets voor een feestje en dat hebben we nog niet gehad.' Zoals uit de opmerkingen wel blijkt, hebben ze betrekking op avonden (5 verschillende) waarop hoofdzakelijk hapjes zijn gemaakt. Overigens houdt het feit dat een aantal dames de recepten niet heeft gemaakt omdat ze deze voor speciale gelegenheden vindt, niet in dat algemene dagelijkse toepasbaarheid van de boodschap hen is ontgaan (zie resultaten m.b.t. gedragsscore I in 6.6.1.). Toch kan men zich afvragen of het niet mogelijk is nog dichter bij de praktijksituatie te komen door enkele onderdelen van het dagelijkse patroon – b.v. vlees braden in minder vet

van meer onverzadigde aard, afmaken groenten met magere saus of zonder saus maar met kruiden e.d. — te doen uitvoeren, tezamen met enkele eenvoudige hapjes (omdat voor de onderdelen van de maaltijdbereiding niet alle deelneemsters nodig zijn). Op deze manier voorkomt de diëtiste méér dat de deelneemsters dit deel van de boodschap terzijde schuiven met de gedachte: leuk om te doen als er eens aanleiding voor is.

Bij een deel van de kookbijeenkomst-deelneemsters is de ervaring met de op de avond bereide gerechten niet gunstig, wat hen er naar hun zeggen van heeft weerhouden één van de recepten thuis te proberen. Opmerkingen in deze categorie zijn: 'andere rauwkost dan geraspte worteltjes lusten de kinderen niet; erg veel met kwark en dat lusten we niet; hapjes te apart; grapefruit houden we niet van; kwark en banaan lekker maar erg dikmakend; ik vind die dingen niet lekker, ben er te oud voor (62 jaar)' Deze opmerkingen zijn voor de helft afkomstig uit andere plaatsen dan die leidend tot de opmerkingen onder c. in tabel 6.6.1.2., maar hebben eveneens betrekking op avonden waarop hapjes zijn bereid.

6.7. Welke rol speelt het actief bezig zijn bij de kookbijeenkomst?

Als belangrijk element van de kookbijeenkomst is gezien het feit dat het publiek de gelegenheid krijgt actief nieuw gedrag (bereiding recept) uit te proberen. In feite blijkt gemiddeld slechts ongeveer de helft (46%, zie vraag 24 van het enquête-formulier) inderdaad zelf actief te zijn geweest. Dit feit maakt het mogelijk een vergelijking te maken tussen de wel- en niet-actieven onder de aanwezigen op de kookbijeenkomsten, om te zien of b.v. de actieve deelneemsters meer of minder opsteken van de voorlichting, meer of juist minder in houding veranderen etc. Om dit na te gaan, hebben we de kennis-, houdings- en gedragsscores van de voormeting vergeleken met deze scores bij de nameting van dezelfde personen. Deze individuele vergelijking was mogelijk voor de 42 dubbelgemeten kookbijeenkomst-deelneemsters. Een overzicht van de gemiddelde veranderingen geeft tabel 6.7.

Tabel 6.7. Gemiddelde veranderingen in kennis-, houdings- en gedragsscores; vergelijking actieve en niet-actieve kookbijeenkomst-deelneemsters.

		actief (n=22)	niet-actief (n=20)	schaalwaarden	p
K.I.	(risico-factoren)	0,36	0,20	0, 2, 4 en 6	n.s.
K.II.	(preventie-mog.)	0,18	0,05	0 en 2	n.s.
K.III.	(samenstelling)	5,05	4,15	0-34	n.s.
H.I.	(melkprodukten)	3,81	4,05	5-25	n.s.
H.II.	(preventie)	-0,05	0,00	4-20	n.s.
H.III.	(dieetmargarine)	0,18	-0,45	2-10	n.s.
G.I.	(gebruik produkten)	2,32	1,80	1-50	n.s.
G.II.	(verandering eetgewoonten)	0,32	1,80	0-11	n.s.

Er blijkt geen significant verschil in effect te bestaan tussen degenen die wel en degenen die niet zelf-actief zijn geweest (Kolmogorov-Smirnov, tweezijdig en χ^2-toets voor de tweede kennisscores). Wel is er bij 6 van de 8 metingen een zwakke tendens dat de actieven iets meer veranderd zijn door de voorlichting.

Het is ook mogelijk dat diegenen die zich wel aanbieden om zelf iets te bereiden juist de groep vormen die al meer voelt voor de voorlichtingsboodschap, deze al geheel of ten dele in praktijk brengt en dan ook een geringer potentieel voor verbetering heeft. Deze veronderstelling blijkt bij tweezijdig toetsing volgens Kolmogorov-Smirnov niet op te gaan. De beginscores op de kennis-, houdings- en gedragscomponenten van de 22 dames die bij de kookbijeenkomst actief zijn geweest, zijn niet significant hoger of lager dan die van de 20 niet-actieve leden ($p > 0,10$).

6.8. BEOORDELING VAN DE VOORLICHTING

6.8.1. *Door verenigingsleden*

De in 5.4. geformuleerde veronderstellingen over de beoordeling van de voorlichting zijn bij de nameting getoetst aan de niet-voorgemeten deelneemsters. De nu volgende tabel geeft de gemiddelde scores in de oorspronkelijke niet voor richting gecorrigeerde vorm (6.8.a.) en nogmaals beknopt de geformuleerde veronderstellingen met de uit 6.8.a. af te leiden conclusies (6.8.b.).

TABEL 6.8a. Gemiddelde scores; oordeel over lezing, resp. kookbijeenkomst.

1 2 3 4 5		lezing (n=65)	kookbijeenkomst (n=75)	
kennisverrijkend	niet kennisverrijkend	1,77	1,61	n.s.
zeer rommelig	zeer ordelijk	4,54	4,29	n.s.
zeer gezellig	zeer ongezellig	1,55	1,39	n.s.
overvol (programma)	niet overvol (progr.)	3,98	4,19	n.s.
actief betrokken	niet actief betrokken	1,35	1,60	n.s.
totaaloordeel = rapportcijfer 1 t/m 10		7,72	8,08	n.s.

Uit de scores valt op te maken dat men de bijeenkomsten bijzonder positief waardeert.

TABEL 6.8b. De veronderstellingen m.b.t. de beoordeling getoetst.

	Bevestigd?
lezing krijgt lager rapportcijfer (totaaloordeel)	nee
lezing is meer kennisverrijkend	nee
lezing is minder rommelig	nee
lezing heeft minder overladen programma	nee
lezing is minder gezellig	nee
lezing geeft lagere actieve betrokkenheid dan de kookbijeenkomst	nee

Geen van de veronderstellingen blijkt te worden bevestigd, met andere woorden het oordeel van de lezing- en de kookbijeenkomst-deelneemsters over de voorgaande punten loopt niet meetbaar uit elkaar. Evenmin blijkt de toevoeging aan de eerste veronderstelling, nl. dat de totaalwaardering voor de kookbijeenkomst hoger zou zijn naarmate de opleiding (van de vrouw) lager was, te worden bevestigd. De correlatiecoëfficiënt ρ tussen opleiding en cijfer is bijzonder laag, nl –0,0017.

Bij vergroting van de groepen tot 108 resp. 117 – door toevoeging van de ook voorgemeten groepen (43 lezing-, resp. 42 kookbijeenkomst-deelneemsters) – veranderen voorgaande conclusie niet. De gemiddelde scores verschuiven uiteraard iets. Zo is b.v. het gemiddelde cijfer van de volledige lezing-groep (n=108) 7,92 en van de volledige kookbijeenkomst-groep (n=117) 8,09.

Extra informatie m.b.t. het totaaloordeel over elk van beide bijeenkomsten is verkregen door achteraf (!) te vragen aan welke bijeenkomst men de voorkeur zou hebben gegeven als men vrij had mogen kiezen (vraag 26 en 27). Onze veronderstelling dat men de voorkeur zou geven aan de methode die men zelf had meegemaakt ('onbekend maakt onbemind'), blijkt niet bevestigd te worden. Van degenen die naar de lezing zijn geweest, geeft 35% hieraan – achteraf – de voorkeur, terwijl bijna 60% liever naar de kookbijeenkomst was gegaan! Degenen die een kookbijeenkomst hebben bijgewoond, prefereren dit in bijna 80% van de gevallen, terwijl slechts 15% zegt liever een lezing gehad te hebben (restpercentages = geen voorkeur). De volgende tabel geeft dit resultaat in absolute aantallen; de χ^2-toets op verschillen tussen de beide groepen is sterk significant ($p < 0{,}001$).

voorkeur geweest naar	L	KB	
eigen bijeenkomst	38	92	130
andere bijeenkomst	64	17	81
geen	6	8	14
	108	117	225

Het is mogelijk dat een deel van de voorkeur voor de kookbijeenkomst te verklaren is uit het 'anders dan anders zijn'. Voor de meeste verenigingsleden is een lezing een betrekkelijk gebruikelijk verschijnsel, hoeveel variatie de besturen ook in hun programma's weten te brengen. Gezamenlijk en in kleine groepen iets klaarmaken, heeft de attractie van het nieuwe. Dat dit zeker voor sommigen een rol speelt, blijkt m.i. uit antwoorden op mijn vraag (tijdens de kookbijeenkomst) hoe men het nu zo vond: 'leuk, het is weer eens iets anders hè?'. Diverse auteurs wijzen erop dat wat interesse betreft, afwisseling van methoden en media verre de voorkeur verdient boven één methode (o.a. FODOR, in YOUNG, 1968).

6.8.2. *Beoordeling door de verenigingsbesturen*

Informatie over de voorlichtingsbijeenkomsten van iets andere aard dan in de vorige paragraaf naar voren kwam, is verkregen uit de na afloop van

de bijeenkomsten door de besturen ingevulde vragenformulieren (bijlage VIII). Het grootste deel van de vragen heeft betrekking op wat vóór de bijeenkomsten zelf plaatsvond. Het doel van dit vragenformulier was hoofdzakelijk te weten te komen hoe deze besturen de deelname aan het onderzoek ervaren hadden, dit met het oog op de toekomst, wanneer wellicht opnieuw op 'de praktijk' een beroep zou worden gedaan. Vraag 9 en de opmerkingen onderaan de vragenlijst geven echter een idee van het oordeel van bestuursleden die beide bijeenkomsten hebben bijgewoond en dus in staat zijn tot vergelijken. Op de vraag 'welk soort bijeenkomst zoudt U adviseren aan een vereniging die een dergelijke voorlichtingsbijeenkomst voor de eerste keer op het programma wil plaatsen?' zijn de volgende antwoorden gegeven:

geen van beide	1
lezing	4
kookbijeenkomst	5
anders, nl. . . .	2

Eén bestuur beantwoordt deze vraag niet, drie daarentegen geven twee antwoorden, nl. kookbijeenkomst + anders (zie overwegingen bij kookbijeenkomst), lezing + anders (zie overwegingen bij lezing), lezing + kookbijeenkomst, nl. lezing 'is doeltreffender voor een algemene bijeenkomst', kookbijeenkomst 'alleen voor dames die elkaar kennen, omdat de periode waarin de hapjes klaargemaakt worden (Red. door ca. 12 van de 52 dames!) vrij lang is, vooral voor een grotere groep'.

Als overwegingen die de keuze bepaald hebben, zijn opgegeven:

voor geen van beide:

- 'de presentatie en woordkeus bij de lezing was slecht, er zat geen opbouw in het betoog en het geheel maakte een onvoorbereide indruk. De inleiding bij de kookbijeenkomst was iets beter, de bereiding (red. door slechts enkele bereidwillige leden) van de hapjes onhygiënisch en niet zichtbaar voor publiek, de opgegeven hoeveelheden waren onjuist.'

voor de lezing:

- avond beide uitstekend gebracht; hapjes klaarmaken vonden wij erg rommelig; lezing wel graag overzichtelijker, b.v. met dia's en groter duidelijker bord;
- werd zeer goed naar voren gebracht; hierna werden méér vragen gesteld dan na de kookbijeenkomst;
- echte voorlichting en er kwamen veel reacties uit de zaal.

Het lijkt alsof men de lezing meer als vragenstimulerend heeft ervaren dan de kookbijeenkomst. Vermoedelijk speelt hier een rol wat door een diëtiste werd geformuleerd als: je zit bij de kookbijeenkomst altijd met het idee: we moeten nog wel genoeg tijd overhouden om te kunnen koken.

voor de kookbijeenkomst:

- wij vonden deze bijeenkomst 'vollediger', maar dan met beter zichtbaar klaarmaken van hapjes, waardoor iedereen bij proeven weet wat erin zit (Red. bereiding gebeurde voorin de zaal door kleine groep);
- is gezelliger,

– lezing werd met te weinig overtuiging gebracht, maar de vragen werden wel kundig beantwoord. Na de lezing werden er meer vragen gesteld en ook beter. Bij de hapjes zagen we meer de andere mogelijkheden, maar kwamen door het 'bezig zijn' niet aan zoveel vragen toe. Het was door het samendoen gewoon gezelliger (maar over een beter resultaat kunnen we niets zinnigs zeggen);
– beter aansprekend. Je hebt geproefd dat dergelijke gerechten ook smakelijk zijn.

De mogelijkheid tot overige opmerkingen is door een aantal besturen benut. We geven hier enkele van de gemaakte opmerkingen weer, met name die, welke we ook in de eigen observaties van de avonden herhaaldelijk zijn tegengekomen.
– er waren veel reacties van 'je mag gewoon niets meer' en 'daar kan je je niet aan storen'. Er was ook ongeloof, want opa of tante was ook zo oud geworden met veel eieren en vet (plattelandsgemeente).
– het bestuur en ook anderen vonden dat het praatje eenvoudig en aardig gebracht werd en men vond de avonden wel gezellig;
– beide avonden waren de leden tevreden over de prettige en duidelijke voorlichting;
– voor de toekomst moet er aan de hele opzet nog zeer gesleuteld worden, wil het aan zijn doel beantwoorden (zie opmerking bij 'geen van beide');
– de splitsing vonden wij niet zo geslaagd en we zouden graag nog eens een hapjesavond hebben voor die leden die dat nu niet hebben meegemaakt; (mogelijkheid is gegeven);
– er zijn verschillende dames van het bestuur overgaan op Suncos en Becel i.p.v. halvarine. Zijn Becelkoekjes gaan gebruiken of nemen niet elke dag meer een ei.

Hoewel het aantal besturen te gering is om definitieve uitspraken op te baseren, blijkt uit de weergegeven opmerkingen wel dat geen sprake is van een duidelijke keuze vóór de ene dan wel de andere soort bijeenkomst. Uit de antwoorden op vraag 9b, 'Waarom?' blijkt dat de keuze sterk is bepaald door de zelf meegemaakte 2 bijeenkomsten en nauwelijks door algemener aan een lezing dan wel een actiever bijeenkomst toegeschreven kenmerken.

6.9. Korte samenvatting van enkele resultaten

Alle afzonderlijke resultaten (frequentieverdelingen van de antwoorden, gemiddelden etc.) zijn weergegeven in bijlage IV in het enquête-formulier. We geven een korte samenvatting van de belangrijkste voorgaande resultaten, uitgaande van de (hergeformuleerde) probleemstelling in 2.1. (zie daar).

Probleemstelling deel 1 vroeg naar de algemene voorlichtingseffecten, d.w.z. vergelijking van voor- en nameting. Bij de nameting is de situatie, vergeleken met de voormeting als volgt:

kennis van risico-factoren	significant toegenomen
kennis van preventie-mogelijkheden via voeding	significant toegenomen
kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen	significant toegenomen
houding t.o.v. magere melkprodukten	significant positiever
houding t.o.v. preventie-mogelijkheden	geen verandering
houding t.o.v. dieetmargarine	geen verandering
gedrag: gebruik 17-tal produkten	significante verbetering
gedrag: verandering in eetgewoonten	significant toegenomen

Probleemstelling, deel 2 en 3 vroeg naar eventuele verschillen in effecten, waardering e.d. tussen de lezingen en de kookbijeenkomsten. Hieromtrent is bij vergelijking van de deelneemsters aan lezingen, resp. kookbijeenkomsten de situatie als volgt:

kennis van risico-factoren	geen significant verschil
kennis van preventie-mogelijkheden via voeding	geen significant verschil
kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen	lezing iets hoger
houding t.o.v. magere melkprodukten	geen significant verschil
houding t.o.v. preventie-mogelijkheden	geen significant verschil
houding t.o.v. dieetmargarine	geen significant verschil
gedrag: gebruik 17-tal produkten	geen significant verschil
gedrag: veranderingen in eetgewoonten	geen significant verschil
diverse aspecten van waardering	geen significant verschil
achteraf voorkeur voor één van beide methoden	voorkeur voor kookbijeenkomst

7. CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Dit hoofdstuk ontleent zijn gegevens aan drie bronnen, nl. 1) aan de metingen in het onderzoek, 2) aan de tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten gemaakte observaties en 3) aan algemene voorlichtingskundige inzichten. Conclusies, rechtstreeks ontleend aan de enquête-gegevens zijn herkenbaar doordat tussen ( ) terugverwezen wordt naar de plaats in het verslag waar deze gegevens uitgebreider zijn besproken. De discussie na elke groep samenhangende conclusies, houdt rekening met alle drie soorten gegevens. In de discussie vindt ook de terugkoppeling plaats naar de diverse onderdelen van de probleemstelling (zie 2.1.) en naar de in hoofdstuk 5 hieromtrent geformuleerde verwachtingen.

Conclusies ten aanzien van de onderzoeksopzet en de samenstelling van het Hartstichtingspubliek.

1. Onderzoek waarbij 2 voorlichtingsmethoden worden vergeleken in een reële praktijksituatie, is mogelijk door de medewerking van verenigingsbesturen; het is er ook afhankelijk van (zie conclusie 2).
2. De besturen zijn slechts voor een deel in staat te voorspellen welke leden een voorlichtingsbijeenkomst zullen bijwonen: 1/3 van degenen die de aantekening hadden gekregen 'komen (bijna) altijd' en daarop ook voorgemeten waren, kwamen niet op de voorlichtingsbijeenkomst (6.2.)
3. De groep 'verwacht maar niet gekomen' wijkt enigszins af van het publiek dat wél komt. Zeer globaal kan men zeggen dat het beeld van de wegblijvers gaat in de richting van een iets eenvoudiger publiek: de man is gemiddeld iets ouder, opleiding van man en vrouw, beroepsniveau en welstandsklasse zijn gemiddeld iets lager. Hun kennis en houding verschilt op alle belangrijke punten niet, maar de gedragsscore is aanzienlijk beter, vermoedelijk doordat hun produktpakket soberder van samenstelling is, m.a.w. het lijkt alsof zij minder van de welvaart hebben 'geprofiteerd' (6.2.).

Wil men voorlichtingseffecten nagaan bij het publiek dat de Hartstichting normaal met zijn voorlichting bereikt, dan dient men met deze selectie rekening te houden.

4. Het feitelijke Hartstichtingspubliek, d.w.z. degenen die verwacht waren én zijn gekomen, is als volgt te beschrijven: ongeveer 3/4 van de deelneemsters aan de voorlichtingsbijeenkomsten behoort tot de leeftijdsgroep 35-65 jaar. De categorie jonger dan 35 jaar is in vergelijking tot de populatie van Nederlandse huisvrouwen sterk ondervertegenwoordigd.

Een groot deel van het publiek (40%) heeft alleen lagere school, terwijl een even groot percentage hierna nog één of meer jaar huishoudonderwijs of een andere vorm van voortgezet beroepsonderwijs heeft gevolgd. Het gemiddelde opleidingsniveau ligt lager dan van alle Nederlandse huisvrouwen, doordat de categorie met voortgezet algemeen onderwijs (≥Mulo) is ondervertegenwoordigd, maar hoger dan van de totale populatie van actieve verenigingsleden.

In bijna eenderde van de gevallen is het gezinshoofd werkzaam als (kleine)

zelfstandige, veelal in de agrarische sector. Mede doordat in de gebruikte classificatie naar welstandsklasse zelfstandig zijn hoog wordt gewaardeerd, hebben we te maken met een publiek dat voor 60% behoort tot de drie hoogste welstandsklassen en dat gemiddeld dus behoort tot een hogere welstandsklasse dan de populatie van Nederlandse huisvrouwen, waarvan ca. 45% hiertoe gerekend wordt. In verband met het grote aandeel van met name de kleine zelfstandigen moeten we met de interpretatie van dit gegeven voorzichtig zijn (6.3.1.).

5. De karakterisering van het Hartstichtingspubliek in dit onderzoek, waar alleen met vrouwenverenigingen gewerkt is, komt vrijwel overeen met die in een vooronderzoek, waarin alle bijeenkomsten gedurende twee maanden zijn betrokken. (WESTMAAS-JES, 1975). Dit wijst erop dat sprake is van een goede doorsnee van het publiek dat de Hartstichting met deze voorlichting bereikt (6.3.1.).

Discussie naar aanleiding van conclusies 3, 4 en 5 (samenstelling publiek).

Selectie treedt zeer vaak op in voorlichtingssituaties, zelfs zo vaak dat sommigen pessimistisch stellen dat met voorlichting altijd degenen bereikt worden die het eigenlijk niet nodig hebben. Vaak komt inderdaad voorlichting terecht bij degenen die het meest actief informatie-zoekend zijn, wat veelal samengaat met een gemiddeld hogere opleiding, hoger inkomen e.d.

Ook de Hartstichting bereikt met haar voorlichting niet *de* Nederlandse huisvrouw. Niet of in mindere mate worden bereikt:

a. de jonge huisvrouw (jonger dan 35 jaar)
b. de lagere welstandsklassen
c. de huisvrouw in de grote steden.

Maar door via vrouwenverenigingen te werken die met name op het platteland actief blijken te zijn, vormt het Hartstichtingspubliek toch een iets andere selectie als bovenbedoelde: vergeleken met alle Nederlandse huisvrouwen is de gemiddelde opleiding lager, hoewel door het grote aandeel van de zelfstandige (kleine) ondernemer, de hogere welstandsklassen oververtegenwoordigd zijn.

Binnen de leden van de verenigingen treedt nog een selectie op, maar ook deze lijkt er niet op te wijzen dat de voorlichting terecht komt bij precies de verkeerde categorie. Het lijkt erop dat de 'wegblijvers' een gemiddeld iets eenvoudiger levend publiek vormen, terwijl degenen die komen, met name in hun gedrag, meer van de welvaart hebben 'geprofiteerd' en zich dus gedragen op een wijze die hun kans op een hartaanval vergroot. Het veranderingspotentieel in hun gedrag is nl. aanzienlijker groter dan dat van de wegblijvers. Dit gegeven hoeft op zichzelf niet te betekenen dat de wegblijvers geen belangrijke doelgroep zijn. Het is goed mogelijk dat de groep die komt zich in het algemeen iets opener opstelt tegenover nieuwe zaken, veranderingen etc. Dit zou kunnen betekenen dat zij meer veranderingsgezind zijn. Hierover geven de resultaten echter geen uitsluitsel. Wel zou men in de vrij aanzienlijke verandering in het gerapporteerde gedrag (zie conclusie 14) een indicatie voor deze overweging kunnen zien.

Vooralsnog lijkt aan te bevelen de benadering van de vrouwenverenigingen

niet te staken, omdat op deze manier een groep wordt bereikt waarin ook degenen met alleen lager onderwijs en vermoedelijk weinig (animo voor) bijscholingsmogelijkheden volledig vertegenwoordigd zijn.

Wel dient de Hartstichting zich nog te bezinnen op de benadering van de groep jonger dan 35 jaar. Deze groep is sterk ondervertegenwoordigd, terwijl juist ook zij in hun opvoedende rol belangrijke overdrachtmogelijkheden hebben. Bovendien lijkt het waarschijnlijk dat veel voedingsgewoonten in de eerste huwelijksjaren gestabiliseerd worden.

Er wordt, vooral in de V.S. veel geschreven over wegen om moeilijker bereikbare groepen te bereiken (o.a. KOCH, 1973). Veelal doelt men dan op de sociaal en economisch zwakke groeperingen met een zeer geringe opleiding, weinig aspiraties en geringe motivatie tot verandering in elk opzicht. De bovenbedoelde groep jonge ouders is zeer zeker anders van opbouw, maar desondanks geldt m.i. een belangrijke richtlijn uit de literatuur omtrent 'reaching the hard to reach', nl. ga in op de meest onmiddellijke interesses en behoeften van de desbetreffende categorie en vermijd vooral in het begin een te massale aanpak. Een te grote groep betekent vrijwel zeker een te heterogene groep om via één soort boodschap te benaderen.

Als één van de oorzaken van de geringe betrokkenheid van de jongeren is dat zij hart- en vaatziekten zien als een probleem waar zij zich te zijner tijd op oudere leeftijd wel mee zullen (moeten) bezighouden, is de eerste taak, waar de voorlichting voor staat hen het belang van het probleem nù, — voor zichzelf en hun jonge kinderen — te doen zien. Is, om deze moeilijker bereikbare categorie te benaderen, aansluiting te zoeken bij CB- en kleuterbureaus als plaatsen waar jonge moeders komen? Overigens zullen dan de daar werkende artsen en (wijk)-verpleegkundigen van nut en noodzaak van preventief werken ook op dit terrein overtuigd dienen te zijn. Ouderavonden van kleuter- en/of basisscholen verdienen eveneens overweging.

Ook via de in sommige plaatsen bestaande gespreksgroepen is wellicht een ingang te vinden. Plaatselijke wijkverpleegkundigen, huisartsen en op regionaal niveau GVO-consulenten zijn in vele gevallen op de hoogte van wat er gebeurt en belangrijker nog, wat staat te gebeuren. Ook in dit geval geldt de hierboven weergegeven voorwaarde dat alle betrokkenen zelf de noodzaak van preventief handelen op dit terrein inzien.

Voorts valt voor de benadering van de jongeren, niet-ouders te denken aan het vormingswerk, personeelsverenigingen, jonggehuwden.

Vast staat dat om deze categorie jonger dan 35 jaar te bereiken de Hartstichting niet kan volstaan met een afwachtende houding.

Conclusies ten aanzien van de voorlichtingseffecten van lezingen en kookbijeenkomsten.

6. De deelnemers aan de lezingen en kookbijeenkomsten zijn volledig vergelijkbaar m.b.t. hun socio-economische kenmerken en m.b.t. hun uitgangsposities voor kennis-, houdings- en gedragscomponenten. Dit betekent dat de toevalstoedeling aan beide voorlichtingsmethoden is geslaagd (6.3.5.).

7. De kennis van de risico-factoren voor hart- en vaatziekten is na de voorlichting significant verbeterd bij beide methoden. Ditzelfde geldt voor de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen en voor de kennis van de mogelijkheden van preventie (6.4.1.).
8. De kennis van de risico-factoren is bij de deelneemsters aan de lezingen en kookbijeenkomsten in gelijke mate en significant toegenomen; hetzelfde geldt voor de kennis van de mogelijkheden van preventie. De kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen is bij de lezing-deelneemsters significant méér toegenomen dan bij de kookbijeenkomst-deelneemsters, vermoedelijk tengevolge van de talrijker gestelde vragen (6.4.2.).
9. Na de voorlichting staan zowel de lezing- als de kookbijeenkomst-deelneemsters positiever tegenover het gebruik van magere melkprodukten. De andere twee houdingsscores zijn na de voorlichting niet verschillend van ervóór, m.a.w. in de houding t.a.v. preventie-mogelijkheden is geen verandering gekomen en ook ten opzichte van dieetmargarine staat men niet anders dan vóór de voorlichting (6.5.1.).
10. Op geen van de drie gebundelde houdingsonderdelen verschillen de lezing- en de kookbijeenkomst-deelneemsters meetbaar van elkaar. Dat wil zeggen, ze staan hetzelfde ten opzichte van magere melkprodukten en dieetmargarine en ook hun houding t.o.v. preventie verschilt niet significant van elkaar (6.5.2.1.).
11. De deelneemsters aan de bijeenkomsten staan in het algemeen positief tegenover de verschillende onderdelen van de boodschap: minder tussendoortjes (80% positief), meer de magere i.p.v. de volle melkprodukten (50%), meer m.o.v.-rijke produkten (50%), minder vet vlees en vette vleeswaren (70%) (6.5.2.2.).
12. Onder de tegenargumenten neemt de categorie 'niet van toepassing op eigen situatie' een belangrijke plaats in (30-40%). Dit betekent dat deze deelneemsters de voorlichting terzijde kunnen schuiven als bedoeld voor anderen, niet voor zichzelf (6.5.2.2.).
13. De lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters verschillen niet in hun reacties op de verschillende boodschaponderdelen (6.5.2.2.).
14. Tussen de meer stedelijke gemeenten enerzijds en de plattelandsgemeenten anderzijds bestaan geen significante verschillen in reacties op de verschillende boodschaponderdelen (6.5.2.2.).
15. Er treden tussen de voor- en de nameting significante veranderingen in het beweerde gedrag op, d.w.z. het aantal veranderingen in eetgewoonten neemt toe en bovendien gaat het (opgegeven) patroon van het gebruik — aard en hoeveelheid — van een redelijk aantal produkten in de door de Hartstichting beoogde richting (6.6.1.).
16. In de veranderingen in beweerd gedrag (zie conclusie 15) is geen verschil tussen de lezing- en de kookbijeenkomst-deelneemsters (6.6.2.1.).
17. De recepten uit het groene boekje zijn thuis significant méér door de deelneemsters aan de kookbijeenkomst gemaakt dan door de lezingdeelneemsters, namelijk door 13,9% resp., 7,3% (6.6.2.2.)
18. Van de deelneemsters aan de kookbijeenkomst zei 28,2% vier weken later één van de op de voorlichtingsavond bereide recepten ook thuis te hebben gemaakt (6.6.2.2.).

19. Er is geen enkel significant verschil in de mate waarin actieve en niet-actieve deelneemsters aan kookbijeenkomsten beïnvloed zijn wat betreft hun kennis, houding en gerapporteerd gedrag (6.7.).

Discussie naar aanleiding van de voorlichtingseffecten bij lezing en kookbijeenkomst (conclusies 6 t/m 19).
Uit de voorgaande conclusies komen enige punten duidelijk naar voren:
1. er zijn met beide methoden vrij aanzienlijke effecten bereikt,
2. er is vrijwel geen verschil tussen de beide methoden,
3. een (te) groot deel van de aanwezigen wijst de voorlichting van de hand als niet van toepassing op de eigen situatie.

De beide eerste punten zijn in zeer beknopte vorm de antwoorden op het eerste en tweede deel van de probleemstelling in 2.1.

Bij probleemstelling deel 1 ging het om de algemene voorlichtingseffecten m.b.t. kennis, houding en gedrag. Deze zijn weergegeven in de conclusies 6 (6.4.1), 9 (6.5.1.) en 15 (6.6.1.).

Het tweede deel van de probleemstelling betrof eventuele verschillen in effect tussen beide methoden. De antwoorden op deze vraag zijn weergegeven in conclusies 8 (6.4.2.), 10 (6.5.2) en 16 (6.6.2.). Uit bovenstaande blijkt dus dat een definitieve keuze voor of tegen één van de beschouwde methoden — lezing en kookbijeenkomst — op basis van de effecten niet te maken is.

De derde constatering is m.i. minstens zo belangrijk bij overwegingen omtrent optimalisering van de methodiek. Meer aandacht zou geschonken moeten worden aan het motiveren van de aanwezigen teneinde hen van 'aanwezigen' te maken tot 'betrokkenen'. Een aanpassing in methodiek, door gedurende onderdelen van de bijeenkomst te werken in kleiner groepen, verdient zeker overweging. In een kleinere groep is het voor de aanwezigen veel beter mogelijk in te gaan op wat de boodschap voor hen persoonlijk betekent in gezins-/leefsituatie. Uitgaande van de bestaande benadering van grotere groepen (verenigingen e.d.) is het goed mogelijk na een algemene inleiding kleinere groepen aan het werk te zetten door ze concrete vragen voor te leggen. De vragen dienen erop gericht te zijn het door de diëtiste besprokene door te trekken naar de thuissituatie. Dit lukt het best wanneer de uitwisseling van gedachten plaatsvindt in subgroepen die ook na de voorlichtingsbijeenkomst voor de aanwezigen betekenis hebben (buren, kennissen e.d.). Het ontwikkelen van een dergelijke methodiek, inclusief de te stellen vragen, is o.i. niet de taak van elke diëtiste afzonderlijk.

De geconstateerde kennisveranderingen zijn in overeenstemming met alle in 5.1. beknopte weergegeven theorieën, te weten leer-, perceptie-, consistentie- en functie-theorieën.

Het beeld voor de houdingsveranderingen is wat gedifferentieerder en komt voor wat betreft de veranderde houding ten aanzien van magere melkprodukten overeen met voorspellingen op basis van de leer- en perceptie-theorieën en voor wat betreft de ongewijzigde houdingen ten opzichte van preventie en dieetmargarine met de functie-theorieën. De volgende verklaring is tentatief: het zou mogelijk kunnen zijn dat, naarmate informatie(kennis)-elementen een be-

belangrijker rol spelen bij de vorming en bevestiging van houdingen, de leer- en perceptie-theorieën meer geldigheid hebben. Toegespitst op bovenstaand resultaat zou dit inhouden dat de houding t.o.v. magere melkprodukten tegenover volle melkprodukten in groter mate door kennisvergroting te beïnvloeden is dan de beide overige houdingsindexen.

De constatering van verandering in gedrag tengevolge van een eenmalige voorlichtingsbijeenkomst is in overeenstemming met de voorspellingen op basis van de leer- en perceptietheorieën. Volgens deze theorieën immers zal goed ontvangen, goed begrepen en goed onthouden informatie uiteindelijk leiden tot veranderingen in gedrag (en houding). Het resultaat is ook in overeenstemming met de voorspelling volgens de consistentie-theorieën, alleen zouden op basis hiervan de kookbijeenkomst-deelneemsters iets meer veranderd zijn dan de lezing-deelneemsters, die enkel tengevolge van hun toegenomen kennis tot inconsistentie konden geraken. Strijdig is het resultaat met verwachtingen op basis van de functie-theorieën. De volgende redenering is een zeer voorzichtige mogelijkheid tot een verklaring (zie bij houding): naarmate het (gerapporteerde) gedrag meer door kenniselementen wordt bepaald, gaan leer- en perceptie-theorieën méér en functie-theorieën minder op. In ons geval zou dit betekenen dat het gemeten gedrag inderdaad in sterke mate kennisbepaald is, ma.w. we meten in feite een combinatie van gedrag en kennis. Deze mogelijkheid kunnen we niet volledig uitsluiten. Het is nu eenmaal bij onderzoek naar voedingsgewoonten moeilijk en voor zover mogelijk vrij arbeidsintensief en dus kostbaar, de feitelijke patronen te achterhalen. In dit onderzoek, waar het er met name bij de voormeting om ging dat de respondente geen kennis had van het preciese doel van het onderzoek was een dergelijke intensieve benadering helemaal uitgesloten. Een afzonderlijke analyse naar de mate waarin kennis, houding en gedrag met elkaar samenhangen, wordt weergegeven in bijlage IX.

Punt 2, het vrijwel afwezig zijn van verschillen tussen de lezingen en de kookbijeenkomsten, is wellicht het meest opvallende resultaat van het onderzoek. De enige verschillen zijn:

- een iets grotere kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen na de lezing.
- een meer toepassen van de recepten uit het boekje door deelneemsters aan de kookbijeenkomsten.

De iets grotere kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen onder de lezing-deelneemsters is op het eerste gezicht niet zo gemakkelijk te verklaren. De gemiddelde tijd, besteed aan de inleiding is nl. bij de lezing en de kookbijeenkomst precies gelijk, nl. 55 minuten. Het is echter wel zo dat de beantwoording van vragen ook een belangrijke kennisoverdracht vormt, temeer daar sommige diëtistes een vraag als het ware gebruiken om er een stukje theorie/informatie aan toe te voegen, vooral bij de lezing (meer tijd). Dit proces van wat lijkt te leiden tot een gemeenschappelijk verwerven van een hoeveelheid extra kennis, komt bij de kookbijeenkomst minder voor.

Bij de kookbijeenkomst daarentegen is de diëtiste wel toegankelijk voor het geven van individuele informatie, met name bij het uitdelen van de recepten, meehelpen bij het inrichten van tafel(s) voor de bereiding etc. Men zou kunnen

stellen dat de tijdsduur die de diëtiste in de praktijk beschikbaar heeft voor plenaire kennisoverdracht bij de lezing groter is, terwijl de gelegenheid voor individuele kennisoverdracht bij de kookbijeenkomsten groter is. Juist zeer concrete vragen over zelf gebruikte of onbekende produkten zijn gemakkelijk te stellen en dit soort vragen vindt zijn weerslag in de derde kennisscore, die de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen aangeeft.

Uit het feit dat meer mensen na de kookbijeenkomst ertoe besluiten zelf eens iets te proberen, blijkt wel, dat de drempel voor toepassing van gedrag dat zeer dicht ligt bij het op de avond uitgeprobeerde gedrag wèl verlaagd is. Hiermee volledig in overeenstemming is de constatering dat een nog hoger percentage, nl. bijna 30%, één van de recepten van de avond zelf (opnieuw) heeft gemaakt (6.6.2.2. conclusie 18).

De afwezigheid van andere, belangrijker verschillen tussen de lezing en de kookbijeenkomst is volledig in overeenstemming met perceptie- en functietheorieën, echter niet met ideeën uit leer- en consistentie-theorieën en met de resultaten van vergelijkend methodenonderzoek.

Voor kennis werd in alle gevallen geen verschil verwacht wanneer het informatieve gedeelte in beide methoden even groot zou zijn, hetgeen het geval was (55 minuten, zie eerder).

Uitgaande van de gedachte dat het proeven bij de kookbijeenkomst een positieve feedback zou zijn, werd, enige leerprincipes volgend – voorzichtig – gesteld dat dan wellicht de kookbijeenkomst tot méér veranderingen zou leiden. Dit is niet het geval. Ook op basis van de consistentie-theorieën hadden we enig méér-effect van de kookbijeenkomst verwacht, omdat daarbij nl. naast de eventueel tot inconsistentie leidende kennistoename (als bij de lezing) de deelneemsters tot – mogelijk inconsistent – gedrag werden aangespoord. De gedachte was dat het actief uitoefenen van nieuw gedrag een inconsistentie met oud gedrag èn houdingen teweegbrengt die leidt tot aanpassing van het gedrag thuis en houdingen aan het nieuwe gedrag. Ook deze veronderstelling blijkt niet door de resultaten bevestigd te worden, wat niet alleen ligt aan het feit dat slechts de helft van de aanwezigen op een kookbijeenkomst zelf actief is geweest. Er bleken nl. geen verschillen te zijn in de voorlichtingseffecten tussen de dames die wèl en die niet actief hadden deelgenomen.

Wij zouden uit dat resultaat de consequentie willen trekken de keuze van de methode aan de besturen te laten, uiteraard na goede uiteenzetting van wat elk der methoden inhoudt.

Conclusies ten aanzien van de waardering van lezingen en kookbijeenkomsten.

20. Het oordeel over de aard van de bijeenkomsten – kennisverrijkend, rommelig, gezellig, overvol – is in het algemeen zeer positief en verschilt niet significant voor de lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters (6.8.1).
21. Het cijfer dat een oordeel geeft over de kookbijeenkomst is gemiddeld hoger dan dat over de lezingen, nl. 8,08 tegenover 7,72 maar dit verschil is niet significant (6.8.1.).

22. Achteraf zegt 60% van de lezing-deelneemsters liever naar een kookbijeenkomst te zijn gegaan; 15% van de kookbijeenkomst-deelneemsters daarentegen had liever een lezing gehad. Er is dus sprake van een voorkeur voor de kookbijeenkomst (6.8.1.).
23. De helft = 5 van de besturen die zowel de lezing als de kookbijeenkomst hebben meegemaakt, zou een andere vereniging voor een voorlichtingsavond de kookbijeenkomst aanraden, vier een lezing en één geen van beide vormen van voorlichting (6.8.2.).

Discussie naar aanleiding van de mening over en waardering van de voorlichting (conclusies 20 t/m 23).

Er zijn enkele indicaties dat de kookbijeenkomst meer wordt gewaardeerd dan de lezing, hoewel bij de afzonderlijke aspecten van de voorlichting geen significante verschillen naar voren komen (zie conclusies 20 en 21). Met deze samenvatting van de conclusies is het antwoord gegeven op de vraag van probleemstelling 3, namelijk naar eventuele verschillen tussen lezing- en kookbijeenkomst-deelneemsters in hun waardering (zie 2.1.).

De afwezigheid van significante verschillen in beoordeling maakt het onmogelijk op het vierde deel van de probleemstelling in te gaan. Hier werd gevraagd naar eventuele relaties tussen beoordelingen en effect-verschillen (zie 2.1.).

De iets hogere waardering voor de kookbijeenkomst gaat overigens niet samen met enig méér-effect (zie conclusies 6 t/m 19). De hogere waardering lijkt vooral betrekking te hebben op de gezelligheid: men heeft meer mogelijkheid met elkaar te praten dan bij een lezing waar men met uitzondering van de pauze minder mobiel is. Bovendien speelt wellicht ook het proeven een rol. Een positief oordeel over een voorlichtingsavond heeft een belangrijke functie in de mond tot mond reclame die weer leidt tot nieuwe aanvragen. Zolang voor een actiever benadering van deze doelgroep wegen en middelen ontbreken, lijkt het dan ook onverstandig de mogelijkheid tot het aanvragen van een kookbijeenkomst weg te nemen. Anderzijds blijkt uit het onderzoek niet een zodanig extra effect van de kookbijeenkomsten dat men om die reden in alle gevallen hieraan de voorkeur zou moeten geven boven een lezing. Het gaat dan wel om een lezing, waarbij ook verpakkingsmaterialen en andere vormen van illustratie (wandplaten Hartstichting, schijf van vijf en dergelijke) worden gebruikt.

Uit opmerkingen gemaakt door bestuursleden die tot vergelijken in staat zijn, doordat ze beide bijeenkomsten hebben meegemaakt, zijn wel enkele richtlijnen voor keuze te ontlenen. Deze stemmen overeen met eigen observaties en indrukken van onderzoekster.

Wanneer een lezing, wanneer een kookbijeenkomst?

Een lezing lijkt de voorkeur te verdienen wanneer de mogelijkheden tot het bereiden van hapjes, dan wel een maaltijd, beperkt zijn. Dit leidt tot commentaar: rommelig, wisten niet wat er bereid werd e.d. Hiertoe moeten ook ge-

rekend worden de gevallen waarin de bereiding in een afzonderlijke ruimte moet gebeuren, waar slechts enkele dames bezig kunnen zijn. Een uitzondering is het geval waarbij het bestuur ondanks gebrekkiger faciliteiten met klem aandringt op een kookbijeenkomst. In dit geval dient de diëtiste zich er wel van te vergewissen of het bestuur zich realiseert dat het de bedoeling is dat iedereen iets doet en dat het niet gaat om een demonstratie (waarvoor altijd nog wel een tafel te organiseren is). Sterke voorkeur van de aanvrager voor een lezing kan daarentegen ook wanneer wèl faciliteiten aanwezig zijn een overweging zijn tot een lezing te besluiten. Hiermee dient men echter voorzichtig te zijn; het bestuur is ook een selectie uit de vereniging. Het is de vraag of zij altijd precies de wensen van de leden kunnen peilen. Een reden voor bestuursvoorkeur voor een lezing kan zijn dat men tegen de organisatie en de rommel (èn de onbekendheid) van een kookbijeenkomst opziet. In dat geval verdient het – gezien de waardering achteraf – toch aanbeveling dat de diëtiste probeert het bestuur tot acceptatie van een kookbijeenkomst te brengen.

In voorgaande conclusies en discussie zijn 4 onderdelen van de probleemstelling aan de orde gekomen. Het vijfde onderdeel, waarin werd gevraagd naar aanbevelingen m.b.t. de voorlichting (zie 2.1.) is met opzet ten dele al verwerkt in de voorgaande discussies, omdat aanbevelingen uiteraard voortvloeien uit resultaten en het logischer leek deze er dan ook direct aan te koppelen. Loskoppeling geeft extra terugzoeken of de noodzaak tot het nog eens extra weergeven van resultaten. Zo bevat de discussie over de conclusies 3, 4 en 5 suggesties m.b.t. de doelgroep terwijl in de discussie naar aanleiding van de conclusies 6 t/m 19 enkele voorzichtige aanbevelingen met betrekking tot de methode zijn geformuleerd.

Op de inhoud van de voorlichtingsboodschap is in de discussies nauwelijks ingegaan, omdat gegevens hierover vooral ontleend zijn aan verslagen van alle bijeenkomsten. Hieruit blijkt dat

– de variatie in de boodschap tussen de verschillende diëtistes aanzienlijk is,
– de diëtistes zich in wisselende mate oriënteren op de algemene leef- en voedingsregels van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, waarbij met name het accent dat gelegd wordt op de betekenis van suikers in de voeding en het thema 'calorieën totaal', verschilt.

Sommige diëtistes vragen zich – m.i. terecht – af of een te sterke benadrukking van slechts één facet van de voeding, i.c. de vetten, het gevaar van afschuiving niet vergroot. Immers, de toehoorder wordt overspoeld met informatie over voeding van bronnen, die elk aan één specifiek onderdeel aandacht schenken, terwijl de consument te maken heeft met voeding als één geïntegreerd geheel van gedragingen. De reacties van 'van die mag je dit niet en van die mag je dat niet', 'je mag niks meer' zijn niet ongebruikelijk en worden ook op de bijeenkomsten nogal eens gehoord. Het is niet te verwachten dat dit het uiteindelijke effect van de voorlichting gunstig beïnvloedt.

Hoewel altijd de noodzakelijke afstemming op het publiek op dat moment en op die avond voor de nodige variatie zal zorgen, is m.i. te overwegen het opstellen van een soort basistekst op b.v. 10 flapover vellen, die uniform is uitgevoerd en waarnaast de diëtiste eigen aanvullingen (op een tweede flapover,

bord of viltbord) kan geven. Hiermee wordt tevens tegemoet gekomen aan een met name door sommige besturen geuit bezwaar dat zij de voorlichtingsmaterialen vrij pover vonden. Is intensivering van de contacten met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding hier niet de geëigende weg?

Een laatste aspect m.b.t. probleemstelling 5 betreft de aanbevelingen aan de diëtistes, die ten dele zijn ontleend aan wat sommige diëtistes al doen:

m.b.t. de voorbereiding:

– probeer vooraf meer te weten te komen van het soort publiek dat wordt verwacht: leeftijdsopbouw, bekendheid met en beschikbaarheid van bepaalde produkten, agrarisch/niet-agrarisch e.d. Idealiter zou men moeten beschikken over de merknamen om voorbeelden te kunnen noemen die bekend zijn in de plaats. Het is mogelijk om althans een deel van deze gegevens te verkrijgen via het bestuurslid waarmee men tevoren telefonisch contact heeft, zeker wanneer de diëtiste weet duidelijk te maken dat deze gegevens van belang zijn en nodig zijn om de avond zo goed mogelijk te kunnen afstemmen op de interesse en mogelijkheden van de deelnemers. Is in de plaats van aanvraag een afdeling van de Vereniging Vrienden van de Hartstichting, dan is voor wat betreft de beschikbaarheid van produkten en merknamen een beroep te doen op een bestuurslid van de afdeling.

Al deze handelingen vragen extra tijd van de diëtiste, terwijl het meereffect in het geheel moeilijk te meten is. Vast staat echter wel dat goede, op de plaatselijke situatie afgestemde voorbeelden de betrokkenheid van het publiek merkbaar verhogen, terwijl anderzijds voorbeelden die men afdoet met 'maar zo is het hier niet' het gevaar van afschuiven van de boodschap vergroten. De tijd die het de diëtiste kost, kan gereduceerd worden door het (centraal) opstellen van een stencil met vragen als een soort 'checklist'.

m.b.t. inleiding en vragen:

– Schrijf belangrijke inhoudelijke onderdelen van de inleiding tevoren duidelijk op een bord of flapovervel. (Vervalt bij uniforme vaste basistekst). Afwisseling van tijdens de inleiding door de diëtiste zelf te maken notities (woorden als atherosclerose en cholesterol persé opschrijven!) en kant en klare verdient de voorkeur. Alles ter plaatse noteren vergt van de snelheid en schrijfvaardigheid van de diëtiste teveel en vaak is, juist bij gebruik van een niet al te groot bord of flapovervel, de tekst achterin de zaal niet leesbaar;

– herhaal altijd een gestelde vraag; te vaak is deze niet door iedereen gehoord;

– vraag na beantwoording van een vraag of dit was wat de vraagstelster bedoelde;

– geef niet of slechts incidenteel iets door; degene die doorgeeft of aanpakt en bekijkt mist iets, maar heeft bovendien geen enkele mogelijkheid in te gaan op wat zij ziet, anders dan door storend met de buurvrouw te fluisteren (zie volgende aanbeveling);

– rangschik produktverpakkingen etc. vóór de bijeenkomst op een apart staande tafel, bij voorkeur zo dat mensen er bij het binnenkomen langslopen, mét per categorie produkten een kaartje ervoor (bv. 'margarines 40-45% meer-

voudig onverzadigde vetzuren', voluit, vragen komen later wel. Geef zo mogelijk in de pauze uitleg aan belangstellenden;
– laat het publiek vlak voor, tijdens of direct na de pauze – afhankelijk van het tijdstip waarop de koffie wordt gebracht – de tafels zodanig zetten dat om elke tafel(s) 6-10 personen kunnen werken. Dit bevordert dat iedereen actief wordt;
– laat een samenvatting van het in de inleiding besprokene, beperkt tot de adviezen die de Hartstichting iedereen geeft voor een verantwoorde voeding in verband met de preventie van hart- en vaatziekten, voor ieder goed zichtbaar – op bord of flapover – hangen tijdens de pauze en erna;
– introduceer de beide boekjes met nadruk als mogelijkheden het op de avond besprokene voor wat de informatie betreft nog eens te kunnen naslaan (gele) en er mee te experimenteren (groene).

m.b.t. het bereiden en proeven:
– geef een korte gestencilde toelichting op de bereiding per tafel;
– laat een samenvatting van het in de inleiding besprokene, beperkt tot de de desbetreffende zaal-/restauranthouder ervan op de hoogte stellen dat dit gebruikt gaat worden (zaalhuur is er soms afhankelijk van);
– wanneer de keuze is gevallen op de bereiding van hapjes, dan verdienen zeer eenvoudige de voorkeur. Overigens leidt het aantal opmerkingen over de hapjes als: 'leuk voor speciale gelegenheden' e.d. (zie 6.6.2.2.) tot de vraag of toch ondanks de ogenschijnlijke geringere aantrekkelijkheid van een maaltijd, dan wel maaltijdonderdelen, hieraan niet de voorkeur moet worden gegeven. Zeer praktische wenken voor de maaltijdbereiding van elke dag, als b.v. maak eens geen sausje of gebruik hiervoor magere melk, kunnen als tips gegeven worden, maar men kan ze ook laten bereiden waardoor men bepaalde vormen van weerstand, b.v. onbekendheid, mogelijk ook de smaak, kan overwinnen;
– laat de bereide gerechten bijeenzetten na afloop, zodat ook iedereen het eindresultaat van de andere groepen ziet;
– laat één vertegenwoordigster van elke groep zelf vertellen wat de ingrediënten zijn geweest en hoe de bereiding. Geef zelf desnoods enige algemener toelichting of variatiemogelijkheden;
– geeft nadat gezamenlijk de hapjes/maaltijd genuttigd zijn/is mogelijk de recepten mee naar huis. Of laat het bestuur deze tevoren op stencil zetten door toezending van een voorbeeld direct bij het maken van de afspraak, zodat ze gelijk na afloop kunnen worden meegenomen.

m.b.t. de afronding en beeldvorming naar buiten toe:
– vraag inzage in wat er over de avond eventueel in de plaatselijke of regionale pers verschijnt; onjuiste berichtgeving veroorzaakt misverstanden die later weer rechtgezet moeten worden;
– maak zo mogelijk zelf een samenvatting voor de pers of voor het verenigingsblad;
– stem als Hartstichtingsdiëtistes de inhoud van de voorlichting op elkaar af. Het zal weliswaar niet snel gebeuren dat één deelneemster bijeenkomsten van

twee verschillende Hartstichtingsdiëtiste hoort en dan verschillen onderkent, maar wat de diëtiste zegt, wordt gezien als *de* mening van de Hartstichting en als zodanig – eventueel – doorgegeven. Teveel verschillende varianten bevordert algemeen begrip van wat de Hartstichting nastreeft niet.
– kennis van de visies van en zo mogelijk overleg met vakgenoten, werkzaam in diverse sectoren is wenselijk voor een goede beeldvorming omtrent de Hartstichting. Degenen die beroepsmatig geïnteresseerd zijn in de inhoud van de Hartstichtingsvoorlichting b.v. diëtistes, zullen deze toetsen aan hun eigen visie én aan de richtlijnen van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Zij vormen een belangrijke schakel in de meningsvorming rondom de Hartstichting en hun oordeel zal o.a. afhangen van de overeenkomsten in standpunten tussen Hartstichting, Voorlichtingsbureau en eigen ideeën.

8. ENKELE CONSEQUENTIES VAN HET ONDERZOEK

Het is vrij moeilijk om, zoals de titel van dit hoofdstuk aangeeft, consequenties van het onderzoek te benoemen. Toch willen we hier enkele ontwikkelingen weergeven, die zich tijdens en na het onderzoek in de voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting hebben voorgedaan, daarbij de rol van het onderzoek zo goed mogelijk schattend.

In de toelichting en in hoofdstuk 1. is opgemerkt dat we voorlichtingskundig onderzoek niet zien als een geïsoleerd gebeuren, maar juist als een middel om theorie en praktijk te integreren, door onder andere te streven naar een dóórwerken van de resultaten op beleidsniveau. In een pogen dit dóórwerken te stimuleren, hebben we toestemming gevraagd en zonder meer gekregen om ook na afsluiting van het veldwerk (eind 1974) en de rapportage (eind 1975) de diëtisten-vergaderingen te blijven bijwonen. Met een zekere regelmaat zijn hier onderdelen van het rapport aan de orde geweest.

De nu volgende opmerkingen over de ontwikkelingen van de voedingsvoorlichting zijn ontleend aan een enquête onder de diëtistes (juni 1976), gesprekken met de medisch directeur Dr. E. Dekker (september 1976) en diens plaatsvervanger in de periode juli '75-juli '76 Dr. Ir. R. J. J. Hermus (februari 1977) en eigen observaties.

De enquête onder de diëtistes was behalve informatief ook bedoeld als stimulans tot het lezen van het rapport en het trekken van conclusies voor het eigen werk. Er werd onder andere gevraagd of er verschillen waren in de bijeenkomsten in 1974 en de 'huidige' (=1976). Zeven van de elf diëtistes rapporteerden verschillen in de manier van contact leggen; zes in het treffen van voorbereidingen; acht in de manier van inrichten van de bijeenkomst; eveneens acht in het gebruik van materialen en negen meldden accentverschillen in de inhoud. De veranderingen in opzet en aanpak blijken continu plaats te vinden, zoals een diëtiste schrijft: 'doordat er het laatste jaar veel is gediscussieerd over ons werk, dus niet alleen door de resultaten van het onderzoek, ook door de trainingsdagen, discussies tijdens de onderzoeksperiode, op onze vergaderingen e.d.' Ook eigen bijscholing speelt een rol.

De wens tot bijscholing is overigens zeer uitgesproken, wellicht enigszins gestimuleerd door een twee-daagse training in voorlichtingsmethodiek, die trainsters van het Instituut voor Toegepaste Voorlichtingskunde te Wageningen voor de diëtistes hebben verzorgd én doordat in het onderzoek onder andere is gesuggereerd tot een aanpassing in methodiek in de richting van kleinere groepen teneinde meer 'aanwezigen' te maken tot 'betrokkenen'. De behoefte aan bijscholing betreft (a) inhoudelijke kennis, zowel op het gebied van voeding, harten vaatziekten als voorlichtingsmethoden, en (b) training in voorlichtingsmethoden te weten: werken met groepen, gesprekstraining, discussie leiden, samenwerken. Mede op grond van deze sterk uitgesproken behoefte hebben al langer bestaande ideeën over een bijscholingsproject vastere vorm gekregen in een

samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten die zal resulteren in een dia-serie; het is de bedoeling dat deze althans een deel van de behoefte aan inhoudelijke bijscholing vervult.

Als wenselijkheden voor de toekomst zien de diëtisten:

– proberen ook andere groepen die nu niet bereikt worden, te bereiken, met name de jongeren (jeugd en huisvrouwen jonger dan 35 jaar),
– contacten met andere, op hetzelfde terrein werkende organisaties,
– georganiseerder, systematischer werken, met uniformere inhoud en duidelijker leermiddelen,
– meer aandacht voor de totale voeding.

Het is verheugend dat aan alle vier punten sindsdien is en wordt gewerkt. Een belangrijke factor hierbij is dat de Hartstichting subsidie heeft verleend – op basis van een projectvoorstel waarin deze wenselijkheden opgenomen zijn – voor de aanstelling van een voedingsdeskundige (per 1-3-1977), terwijl tevens in samenwerking met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding een coördinerend diëtiste is benoemd.

Wat betreft andere doelgroepen is inmiddels een aanzet gegeven tot de benadering van jongeren, te weten de lagere schooljeugd. Zij kunnen via vier lesbrieven iets te horen krijgen over de functie van het hart, wat er mis kan gaan en wat je ook als kind kunt doen om dit te voorkómen, met de nadruk op het belang van gezond eten en bewegen. De uit het onderzoek gebleken oververtegenwoordiging van publiek uit plattelandsgemeenten wordt momenteel iets ondervangen doordat men zich ook richt op bedrijfskantines. Ook dit project is nog in volle ontwikkeling.

Contacten met andere, op hetzelfde terrein werkende organisaties, lijkt beter gewaarborgd door de aanstelling van de beide functionarissen; in de taakomschrijving van de diëtiste is de coördinatie tussen de voedingsvoorlichting van de Hartstichting en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding en de inhoudelijke boodschap daarvan expliciet opgenomen.

Het onderbouwen van de boodschap met concrete onderzoeksgegevens vindt continu plaats door nauwe samenwerking met onder andere de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwhogeschool. Dit is overigens geen door dit onderzoek op gang gezette ontwikkeling.

Binnen de Hartstichting wordt als een knelpunt bij het opstellen van een voorlichtingsbeleid op de lange termijn gevoeld dat nog veel informatie ontbreekt. Een vooronderzoek van de hier beschreven methodenvergelijking gaf bijvoorbeeld enige informatie over de kennis van een groep Edese huisvrouwen over de risico-factoren voor een hartinfarct. Hoe deze kennis verspreid is over verschillende categorieën binnen de totale bevolking was en is slechts zeer ten dele bekend. Mede gestimuleerd door de resultaten van het genoemde vooronderzoek heeft de Commissie Eigen projecten van de Hartstichting een opdracht voor een groot survey-onderzoek geformuleerd, terwijl daarnaast een 15-tal vragen zijn opgenomen in een landelijk gehouden opinie-onderzoek. De resultaten van deze laatste kennispeiling zijn inmiddels bekend.[20]

Hoewel het zeker waar is dat voor een volledig verantwoorde opzet van een voorlichtingsstrategie nog veel lacunes bestaan, rijst de vraag of men met de

formulering van een dergelijk beleid moet wachten totdat deze informatie beschikbaar 'komt'. Formulering van tenminste een aantal beleidsprioriteiten kan leiden tot een veel gerichter zoeken naar de dan benodigde informatie. Het survey-onderzoek zal worden gehouden onder specifieker af te bakenen categorieën van de bevolking. Ook dit survey-onderzoek zal belangrijke informatie leveren voor het opzetten van een systematisch doordachte voorlichtingsstrategie.

SAMENVATTING

Diëtistes van de Nederlandse Hartstichting geven voedingsvoorlichting als onderdeel van de op primaire preventie gerichte activiteiten van de Hartstichting. Zij geven deze voorlichting (sinds 1972) in de vorm van z.g. kookbijeenkomsten, d.w.z. dat de aanwezigen na een inleiding door de diëtiste zelf een cholesterolverlagende maaltijd bereiden.

In dit onderzoek is deze methode van voorlichten vergeleken met de meer traditionele lezing. Dit is gebeurd door de leden van 10 vrouwenverenigingen volgens toeval uit te nodigen voor óf een lezing (L) óf een z.g. kookbijeenkomst (KB). Het verschillend karakter was alleen de bestuursleden bekend.

In elke plaats is één week voor de bijeenkomsten een enquête afgenomen bij een steekproef uit de leden die naar zeggen van het bestuur altijd op verenigingsavonden kwamen. Doordat dit helaas niet altijd bleek op te gaan, kon éénderde van de voormetingen niet als basis voor een effectmeting dienen. Wel zijn hieruit verschillen af te leiden tussen de mensen die onverwacht zijn weggebleven en degenen die wél kwamen (6.2.).

Vier weken na de bijeenkomsten, die per plaats door dezelfde diëtiste werden verzorgd, zijn dezelfde personen opnieuw benaderd, met daarnaast niet-voorgemeten deelneemsters.

Gevraagd is naar hun kennis van risico-factoren voor hart- en vaatziekten, kennis van de preventie-mogelijkheden via voeding en kennis van de samenstelling van een aantal voedingsmiddelen, waarbij het vooral ging om de vet- en cholesterolbevattende. Voorts is hun mening gevraagd over 21 houdingsuitspraken, op basis waarvan 3 houdingsscores zijn bepaald: de houding t.o.v. het gebruiken van magere i.p.v. volle zuivelprodukten, de houding t.o.v. de mogelijkheden van preventie van hart- en vaatziekten en de houding t.o.v. dieetmargarine. Tenslotte is gevraagd naar het gebruik van een 17-tal produkten ('gedragsscore I') en veranderingen in eetgewoonten ('gedragsscore II'). Ook is gevraagd naar het oordeel over de voorlichting, zowel naar inhoud als vorm.

Er zijn twee soorten vergelijkingen gemaakt, enerzijds tussen de voor- en nameting, anderzijds tussen de deelneemsters aan de lezingen en kookbijeenkomsten.

Op basis van theorieën omtrent leren en gedrags- en/of attitude-verandering, èn op basis van vergelijkend methoden-onderzoek zijn enkele verwachtingen omtrent de resultaten geformuleerd. Deze lopen voor de effecten m.b.t. houding en gedrag uiteen, voor de kenniselementen wordt van de lezing en de kookbijeenkomst een even groot positief effect verondersteld (zie verder hoofdstuk 5).

Inderdaad treedt op alle drie kennisgebieden een verbetering op; de kennis van de risico-factoren, van preventie-mogelijkheden via voeding en van de samenstelling van voedingsmiddelen neemt significant toe (6.4.1.). Deze kennisverbetering treedt op na zowel de lezing als na de kookbijeenkomst, maar de toename in kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen is bij de lezingdeelneemsters significant méér dan bij de deelneemsters aan de kookbijeenkom-

sten (6.4.2.). We moeten de verklaring voor dit onverwachte verschil misschien zoeken in de extra kennisoverdracht die bij de lezing via de plenaire vragen plaatsvindt, terwijl bij de kookbijeenkomst meer individueel voor problemen raad wordt gevraagd (6.4.2.).

Een houdingsverandering werd alleen gevonden bij de houding t.o.v. het gebruik van magere i.p.v. volle melkprodukten; deze is na de voorlichting significant positiever dan ervoor, zowel bij de lezing als bij de kookbijeenkomstgroep. De overige houdingsscores geven geen significant verschil, noch tussen de voor- en nameting (6.5.1.), noch tussen de lezingen en de kookbijeenkomsten (6.5.2.).

Beide scores voor het beweerde voedingsgedrag zijn na de voorlichting significant beter dan ervoor, d.w.z. men geeft op veranderingen te hebben doorgevoerd die leiden tot een uit voedingsoogpunt juister consumptiepakket (6.6.1.). Hierbij zijn tussen de deelneemsters aan lezing en kookbijeenkomsten geen verschillen meetbaar (6.6.2.).

De geconstateerde kennisveranderingen zijn in overeenstemming met alle in 5.1. weergegeven theorieën, t.w. leer- en perceptie, consistentie- en functietheorieën.

De houdingsveranderingen geven een wat gedifferentieerder beeld. De veranderde houding ten opzichte van magere melkprodukten komt overeen met voorspellingen op basis van leer- en perceptie-theorieën; de ongewijzigde houdingen (t.o.v. preventie en dieetmargarine) met de functie-theorieën. Als suggestie tot een verklaring is in hoofdstuk 7 gesteld dat naarmate informatieve = kenniselementen een belangrijker rol spelen bij vorming en bevestiging van houdingen, de leer- en perceptietheorieën méér geldigheid hebben. Dit zou inhouden dat de houding t.o.v. magere melkprodukten in groter mate door kennisvergroting te beïnvloeden is dan de beide overige houdingen.

De geconstateerde verandering in (gerapporteerd!) gedrag was te verwachten op basis van leer- en perceptie-theorieën en voor wat de kookbijeenkomst in optimale vorm (= met volledige participatie) betreft, ook met consistentietheorieën. Het resultaat is strijdig met deze theorieën voor wat betreft de lezing en eveneens strijdig met functie-theorieën. De bij de houdingsveranderingen voorzichtig gesuggereerde 'verklaring' is mogelijk ook voor gedrag geldend (hoofdstuk 7). Bovendien zij met nadruk vermeld dat het gaat om gerapporteerd gedrag en houding, wat de kans op meting van een combinatie met kennis vergroot. Bij analyse van gegevens van een deel der respondenten op eventuele samenhangen bleek gedrag zich onafhankelijk van de kennis- en houdingsscores te gedragen. Wel was een relatie te constateren tussen kennis van preventie, van samenstelling van voedingsmiddelen en houding t.o.v. melkprodukten enerzijds en tussen kennis van risico-factoren, van de samenstelling van voedingsmiddelen en houding t.o.v. preventie anderzijds (Bijlage IX).

Van degenen die na de voorlichting een receptenboekje hebben meegepakt — 85% bij de lezing en 90% bij de kookbijeenkomst — heeft van de lezinggroep 7,3% hieruit iets gemaakt en van de kookbijeenkomstgroep 13,9%, wat significant méér is (NB: het gaat om kleine aantallen, zie 6.6.2.2.). Van de deel-

neemsters aan een kookbijeenkomst heeft bijna 30% later één van de recepten van de avond geprobeerd.

In hun oordeel over de bijeenkomsten verschillen de lezing- en kookbijeenkomstdeelneemsters niet meetbaar. Gevraagd is naar de mate waarin zij de voorlichtingsavonden informatief/rommelig/overladen qua programma/gezellig vonden en naar de mate waarin zij zich actief betrokken voelden bij de bijeenkomst. Ook is de deelneemsters gevraagd hun totaaloordeel te geven in de vorm van een cijfer tussen 0 en 10. Dit 'rapportcijfer' is voor de lezing gem. 7,72 en voor de kookbijeenkomst 8,08, een iets, maar niet significant hogere waardering voor de kookbijeenkomst.

Van degenen die naar de lezing zijn geweest, geeft 35% hieraan ook achteraf de voorkeur, terwijl 60% liever naar de kookbijeenkomst was gegaan; voor de deelneemsters aan de kookbijeenkomst zijn deze cijfers 80% resp. 15% (restpercentages geen voorkeur). Het is onbekend in hoeverre deze duidelijke voorkeur voor de kookbijeenkomst moet worden toegeschreven aan 'verandering van spijs doet eten'. Vele verenigingsavonden bestaan uit lezingen, voordrachten e.d. (6.8.1.).

Men kan, alles bijeengenomen, concluderen dat de tendens bestaat tot een voorkeur van de deelneemsters voor de kookbijeenkomst, die niet samengaat met enig méereffect en bij één kennisonderdeel zelfs hieraan tegengesteld is.

SUMMARY

A COMPARISON OF TWO METHODS USED IN A NUTRITION EDUCATIONAL PROJECT OF THE NETHERLANDS HEART FOUNDATION.

This study evaluates the results of nutrition education carried out by the Netherlands Heart Foundation. Nowadays many people's way of life increases their susceptibility to cardiovascular disease. Since at least some of the risk factors can be altered in a direction more positive to health, the Heart Foundation works at motivating people to stop smoking, to change their eating habits, to diet if they are overweight, to be more physically active, to balance work and relaxation etc.

In the nutrition educational project dieticians of the Heart Foundation work together with members of women's organizations, members of local committees of the Association of Friends of the Heart Foundation and all other interested groups with the aim of introducing healthier eating habits. An essential characteristic of their meetings is that after an introduction by the dietician the women (and unfortunately very seldom men) prepare a so called cholesterol-reducing meal (Method 1.).

This study compares this method with the more traditional lecture method, in which the members of the meeting are stimulated to ask questions but do not prepare a meal (Method 2.). The following problems were defined:

1. Do any differences exist in knowledge of risk factors, of how to prevent cardiovascular disease, attitudes to prevention and food nutrition behaviour between persons who have attended a meeting and those who have not?
2. Are there any differences in knowledge, attitudes and behaviour between people who have attended meetings of a different kind (Methods 1. and 2.)?
3. Do people who participated in Method 1. differ in their appreciation of the meeting from those of Method 2.?
4. Is there a relation between the appreciation and the differences determined by question 2.?
5. How can nutrition education be optimalized?

Members of 10 women's organizations were invited at random to a meeting on one of two dates. On these dates different types of meeting were held, but only the committee of the club was informed of this fact. To achieve a random distribution of members was one of the most difficult parts of the field experiment. However, this was succesful because members of the two methods did not show significant differences in socio-economic characteristics nor in their starting scores for knowledge, attitudes and behaviour (6.1.). One week before the meetings trained (female) interviewers questioned a selection of those members who – according to the committee – came to (nearly) every club meeting. These members were selected to make the number of potentially double interviews as large as possible (Chapter 3.). Four weeks after the meeting the same persons, if they had attended one of the meetings, were interviewed again, but this time by another interviewer. Also women who attended the meeting but

were not interviewed before, were included this time. No effect of the pre-interview could be found.

In the interview questions were asked about risk factors, possibilities of prevention, fat and cholesterol composition of food products. Three attitude scores and two behaviour scores were compiled. Finally the interviewee was asked her ideas about the content of the meeting (Chapter 4.). To evaluate the results of this nutrition education, the answers to the before and after interview were compared, as were the two methods.

Because different theories of changing human behaviour lead to different expectations for the two methods, these expectations were formulated instead of specific hypotheses (Chapter 5.).

According to learning theories both methods similarly increase knowledge and gradually change attitudes and behaviour in the same way.

Consitency theories of attitude change give a vaguer picture, because two processes lead to inconsistency: changes in knowledge (both methods) and actively participating in behaviour, at that moment inconsistent with attitudes (Method 1 = cooking activity). According to consistency theories people wish to reduce inconsistensy, so changes can be expected with both methods, perhaps a little more at the 'active' meeting (Method 1.).

Functional theories expect no changes, provided the function a certain behaviour fulfils is not changed. As such a fundamental change in eating behaviour cannot be achieved at one meeting, according to these theories no changes are to be expected at all.

The following main results were found: because one third of those expected by the club committees and interviewed before the meeting did not turn up, differences could be analysed between persons who stayed away unexpectedly and the group who did attend (6.2.).

Only 46% of those attending a cooking activity actually took part in preparing and cooking. This fact, although making the distinction between both methods less clear, provided the opportunity to compare actives with non-actives in the same method. This comparison was possible for 42 women. The starting scores of the 22 'actives' were not different from those of the 20 'non-actives'. In six out of eight measurements a small, but not significant tendency existed for the actives to change. Because of the small number of respondents this unexpected outcome must be carefully interpreted.

All knowledge scores improved significantly with both methods (6.4.1.); the lecture method gave a greater improvement in the score on knowledge of composition, probably because of the larger number of questions (6.4.2.). Only one attitude score changed in the direction intended: the other scores remained unchanged for both methods (6.5.1. and 6.5.2.). A very tentative explanation for the different changes in attitude scores is that as cognitive elements make up a large part of attitudes or attitude scores, learning theories become more valid.

Contrary to these results both scores for (reported) behaviour showed significant changes, for the lecture method as well as for the cooking activity (6.6.1. and 6.6.2.), with no difference between both methods.

In the report knowledge, attitudes and behaviour were analysed separately to obtain a picture more easily interpreted by dieticians. However, separate analysis showed no relation between behaviour on one hand and the knowledge and attitude scores on the other. Some knowledge scores were related to one of the attitude scores (Appendix IX).

Respondents gave the cooking activity a somewhat but not significantly higher mark than the lecture (8.08 versus 7.72). No other differences were found in the assessments of the meetings. Yet one could conclude a slight preference for the cooking activity in that 60% of the lecture attendants said they would have chosen a cooking activity if they had been given the choice, while only 15% of the attendants of the cooking activity would have chosen the lecture method (6.8.).

Chapter 7. gives conclusions and discussion with suggestions to improve certain aspects of the nutrition educational project. For a well-integrated policy of nutrition education, more information as well as a more systematic scheme of action-principles is necessary.

We hope this research has given a stimulus to the development of such a policy. Thus our efforts have been directed towards close co-operation with dieticians and management.

Chapter 8. gives reasons, procedures, visible and possible consequences of this 'action-oriented' approach. More insights, necessary and valuable for nutrition educational policy is to be found in Part II. of this publication.

NOTEN DEEL I

1. Zie ook interessant Nederlands onderzoek naar effecten van diverse methoden van drugvoorlichting op scholen (DE HAES & SCHUURMAN, 1974; VAN SILLEM, 1974).

2. Bij afwezigheid van een contrôle-groep die géén voorlichting heeft ontvangen, zijn deze toetsingen uiteraard alleen zinvol bij aanname dat in de 5 weken tussen voor- en nameting geen andere invloeden hebben gewerkt op kennis, houding, gedrag m.b.t. voeding; gezien de 'ingeslepenheid' van de onderzochte variabelen en het relatief geringe tijdsverloop lijkt deze aanname niet ongerechtvaardigd.

3. HYMAN (1962) ziet evaluatie als: 'the procedures of fact finding about the results of planned change.' HRUSCHKA (1972) definieert specifieker en doelafhankelijk: Evaluierung als selbstkritische überprüfung der eigenen Arbeit, als Nachweis der Effektivität und als Kontrolle durchgeführter Programme, und als wissenschaftliches Verfahren, um wirksame Faktoren und Kausalbeziehungen festzustellen.'

4. Dr. Dekker, medisch directeur van de Hartstichting, de op dat moment 9 diëtistes en mevr. Klinkert (Voorlichtingsbureau voor de Voeding).

5. Andere methoden omvatten: discussie (meerderheid) in velerlei vorm: in klas, kleine groepen, begeleid dan wel zonder formele leiding, probleemoplossende groepen, al of niet besluitvormend. Verder zelf lezen, zelfstudie; praktisch laboratoriumwerk; film, tv, audio-tape, seminar; vraag- en antwoord sessies, bespreking van cases; projecten; niets.

6. Naar de opleiding van de man is ook gevraagd als respondente weduwe was, aangezien dit gegeven van belang is voor de bepaling van de welstandsklasse.

7. Deze indeling, die is afgeleid van de CBS beroepenclassificatie, is ook gebruikt in het Nationaal Onderzoek Persmedia (NOP '72). De welstandsklassen kunnen globaal als volgt worden beschouwd:

A = welgestelden, zoals directeuren van grote ondernemingen, het merendeel van de zelfstandige beoefenaren van vrije beroepen, staffunctionarissen van grote bedrijven, hoge ambtenaren, hereboeren, etc.

B1= bovenlaag uit de middengroep: directeuren van middelgrote bedrijven, personeel in semi-hogere posities.

B2= onderlaag uit de middengroep; directeuren van kleine ondernemingen, personeel in de middenposities.

C = minder welgestelden: kleine middenstand, lagere ambtenaren en lager kantoorpersoneel, geschoolde arbeiders.

D = minst welgestelden zoals de ongeschoolde arbeider, de niet-werkenden die naast AOW een klein pensioen, weinig of geen andere bronnen van inkomsten hebben, voor zover zij niet boven het gemiddelde arbeiderspeil uitkomen.

8. Dit houdt in dat de scores van de uitspraken zonder – teken worden omgezet tot (6–score).

9. Een toets die eerder tot significantie leidt, aangezien deze met name toetst op verschil in locatie (centrale tendentie, gem. etc.) en niet op de totale spreiding, is de U-test van Mann-Whitney. Hierbij vinden we inderdaad significante verschillen in leeftijd van de man en in welstandsklasse. Het bezwaar van deze toets bij niet continue gegevens is echter de gevoeligheid voor 'ties' = knopen. In verband hiermee én gegeven onze

interesse in verschillen van allerlei aard, niet enkel in gemiddelden, leek toetsing volgens Kolmogorov-Smirnov juister.

10. Uit de leeftijdsscores op de vijfpuntsschaal – nodig voor toetsing – zijn niet zonder meer de gemiddelde leeftijden af te leiden. Deze zijn apart bepaald.

11. De scores voor de welstandsklasse zijn om vergelijking te vergemakkelijken, omgecodeerd. In dit geval is een lagere score ook een lagere welstandsklasse.

12. Waar sprake is van een ordinale schaal met minimaal 4 categorieën, is gebruik gemaakt van de toets van Kolmogorov-Smirnov met correctie voor ties; toetsingsgrootheid D; gemiddelde scores zijn weergegeven terwille van de duidelijkheid: K.S. toetst niet alleen op verschil in gemiddelde maar ook op verschillen in spreiding (BLALOCK, 1960). De score voor K.II heeft slechts 2 mogelijkheden; daarom is in dit geval gebruik gemaakt van de χ^2-toets.

13. De verenigingsleden die – tevoren – door het bestuur waren aangemerkt als 'komen een enkele keer' of 'komen zelden of nooit' en die deze keer toch kwamen, zijn in eerste instantie niet in de nameting opgenomen. Deze categorie vormt 15% resp. 10% van het totaal aantal aanwezigen; m.a.w. de voorspellende waarde van de indeling door het bestuur is niet optimaal. Dat toch deze categorie in principe niet is opgenomen bij de nameting, is gebeurd om de populatie bij voor- en nameting dezelfde te houden.

14. In het Nationaal Onderzoek Persmedia valt 8,9% in de leeftijdscategorie 13-24 jaar. In dit onderzoek kwam bij de nameting geen enkele respondente in deze categorie voor, bij de voormeting slechts 2 (zie 5.2.1.1.).

15. Naar de opleiding van de man is ook gevraagd als respondente weduwe was, aangezien dit gegeven van belang is ter bepaling van de welstandsklasse. Hierdoor is n voor de opleiding van de echtgenoten groter dan n voor leeftijd echtgenoot.

16. Deze cijfers zijn ontleend aan het rapport 'De Nederlandse Sportvisser' van J. C. C. PRINSEN & J. A. KROPMAN, ITS, febr. 1974. Zij hebben naast de sportvissers ter vergelijking een proportionele steekproef van 1050 personen uit de Nederlandse mannen vanaf 15 jaar getrokken.

17. Bij de rapportage is de volgende regel gevolgd: wanneer $0{,}05 < p < 0{,}10$, spreken we van een trend (tot verschil o.i.d.); bij $0{,}001 < p < 0{,}05$ van significantie en bij $p < 0{,}001$ van sterk significant. Alles bij tweezijdige toetsing.

18. We toetsen in dit geval tweezijdig, omdat we voor eventuele verschillen geen richting hebben kunnen voorspellen; de veiligste weg is dan om rekening te houden met afwijkingen in beide richtingen. Bij p=0,05, tweezijdig

is $D_{max} = 1{,}36\sqrt{\frac{n_1+n_2}{n_1 n_2}} \approx 0{,}177$. Als $D > D_{max}$ dan wordt H_0 verworpen.

19. Zie bijlage VII.

20. Zie Hartslag 7 (1977) 1:26. Uit het opinie-onderzoek bleek bijvoorbeeld dat 89% van de bevolking weet dat roken het optreden van een hartinfarct kan bevorderen; 82% weet dat hoge bloeddruk kan bijdragen tot het ontstaan, terwijl 94% meent dat te weinig lichaamsbeweging een hartinfarct bevordert. 95% is van mening dat spanningen (stress) thuis en op het werk een hartinfarct kunnen helpen veroorzaken. Dat te vet eten een hartinfarct in de hand werkt, weet 95%, maar welke produkten om die reden dienen te worden vermeden dan wel met mate genuttigd, is veel minder bekend.

LITERATUUR

Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, 1971. Versl. Meded. Volksgezond. 14, Staatsuitgeverij, Den Haag.

BAN, A. W. VAN DEN, 1974. Inleiding tot de voorlichtingskunde. Boom, Meppel.

BLALOCK, H. M., 1960. Social Statistics. McGraw Hill Book Comp., New York.

BLIGH, D. E., 1972. What's the use of lectures? Penguin Books, Ltd., Hammondsworth, England.

BLUM, H. L., 1974. Planning for health, development and application of social change theory. Human Sciences Press, New York.

CBS, 1975. Bevolking der Gemeenten in Nederland op 1 januari 1975. Staatsuitgeverij, Den Haag.

COSTIN, F., 1972. Lecturing versus other methods of teaching: a review of research. Br. J. Educ. Technol. 3 (1):4-32.

CRAIG, D. G., 1971. Guiding the change process in people. J. Am. Diet. Assoc. 58: 22-25.

DROP, W. et al., 1972. Over overtuigen, een oriëntatie in de persuasieve communicatie. Wolters Noordhoff, Groningen.

DUBIN, R. & T. C. TAVEGGIA, 1968. The teaching-learning paradox, a comparative analysis of college teaching methods. Un. Oregon.

FODOR, J. F., 1963. A comparative study of two approaches to health instruction at the college level. Diss. UCLA Diss. Abstr. 24 (2).

FRESE, H. 1973. Schetsboek vormingswerk, een andragologische verkenning. Samson, Alphen aan den Rijn.

HAAS, J. H. de, 1969. Ischaemic heart disease in the Netherlands (facts and figures). Nederlandse Hartstichting, Den Haag.

HAES, W. F. M. DE & J. H. SCHUURMAN, 1974. Drugvoorlichtingsproject, verslag van fase 2 van het voorlichtingsproject over drugs op een aantal scholen voor voortgezet onderwijs te Rotterdam. afd. GVO van de GG & GD, Rotterdam.

HOVLAND, C. I., J. L. JANIS & H. H. KELLEY, 1963. Communication and persuasion, psychological studies of opinion change. New Haven.

HRUSCHKA, E. & H. ALBRECHT, 1972. Beiträge zur Methodik der Beratung. Un. Hohenheim.

HYMAN, H. H., C. R. WRIGHT & T. H. HOPKINS, 1962. Application of methods of evaluation. Berkeley.

JAHODA, M. & N. WARREN, 1970. Attitudes. Penguin Books, Cox Wyman Ltd., London.

JOYCE, C. R. B. & M. WEATHERALL, 1957. Controlled experiments in teaching. Lancet 2: 402-407.

KOCH, K. A., 1973. Reaching the hard to reach, a handbook to help Parish rural development committees reach all segments of society. Coop. Ext. Serv., Louisiana St. Un.

MACGUIRE, W. J., 1973. Persuasion, resistance and attitude change, in. SOLA POOL, I. DE & W. SCHRAMM. Handbook of communication. Rand McNally, Chicago, p. 216-252.

MAY, J. F., 1974. Epidemiological cardiology. Ischaemic heart disease study, Vlagtwedde 1970. Diss. RU Groningen.

Nationaal Onderzoek Persmedia 1972.

SILLEM, A. VAN, 1974. Rapport Experimenteel onderzoek naar effecten van drugvoorlichting; vergelijking tussen 4 methoden van voorlichten. Stichting voor Alcohol- en drugonderzoek, Amsterdam.

SUCHMAN, E., 1967. Evaluative research; principles and practice in public and social action programs. Russel Sage Foundation, New York.

UPPAL, S. C., 1974. Coronary heart disease, risk pattern in Dutch youth, a pilot study in Westland schoolchildren. New Rhine Publ., Leiden.
VALL, M. VAN DE, 1973. A theoretical framework for applied social research. Int. J. Ment. Hlth 2 (2): 6-25.
VARGAS, J. S., 1971. Teaching as changing behaviour. J. Am. Diet. Assoc. 58 : 512-515.
VERNER, C. & G. DICKINSON, 1967. The lecture, an analysis and review of research, Adult Educ. XVII: 85-100.
WAGNER, F. F., 1964. Some principles of adult education. J. Am. Diet. Assoc. 44 : 34-35.
WAKEFIELD, J., 1974. Measurement and evaluation. In Health Education theory and practice in cancer control. UICC, Geneva. Techn. Report Series 10: 50-58.
WEISS, C. H., 1972. Evaluation research, methods of assessing program effectiveness. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
WESTMAAS-JES, M.M., 1975. Verslag van het project Evaluatie voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting. Vakgroep Voorlichtingskunde, LH, Wageningen.
WILSON, C. & S. KNOX, 1973. Methods and kinds of nutrition education 1961-1971, a selected bibliography. Berkeley, suppl. 2 J. Nutr. Educ. 5 (1).
YOUNG, M. A. C., 1968. Studies related to methods and techniques of health education. Hlth Educ. Monogr. 28.
YOUNG, M. A. C., 1973. Studies related to the relative effectiveness of different channels, media and methods. Hlth Educ. Monogr. 35.

BIJLAGE I

nederlandse hartstichting ®

nederlandse stichting
tot bestrijding van hart- en vaatziekten

vrienden van de hartstichting

Aan alle leden van de
Nederlandse Bond van
Plattelandsvrouwen,
Afd. Zuidlaren.

kenmerk: 's-gravenhage, sophialaan 10,

Geachte mevrouw,

U heeft misschien gehoord, of in de programma-aankondiging gelezen, dat op 6 november a.s. een diëtiste van de Nederlandse Hartstichting een voorlichtingsavond voor uw vereniging zal verzorgen. Het zal hierbij gaan om voorlichting over juiste voeding in verband met hart- en vaatziekten.

Nu is het, gezien de aard van de bijeenkomst, gewenst dat niet alle leden tegelijk op één bijeenkomst komen. De Hartstichting heeft uw bestuur dan ook benaderd met het verzoek om twee avonden te mogen verzorgen, elk voor ongeveer de helft van het aantal leden. De tweede avond is vastgesteld op 8 november a.s.

Om te voorkomen, dat er op de ene avond veel meer mensen komen dan op de andere, vragen wij ieder op één bepaalde avond te komen. Om misverstanden te voorkomen wijzen wij erop dat de uitnodigingen door ons verstuurd zijn. Het bestuur weet dus niet wie voor welke avond is uitgenodigd. De Hartstichting nodigt u van harte uit voor de bijeenkomst van 6 november a.s. om 20.00 uur. Het is natuurlijk mogelijk, dat een kennis waarmee u normaal altijd samen naar de verenigingsavonden gaat toevallig uitgenodigd is voor 8 november a.s. Eventueel kunt u ruilen, maar probeert u wanneer het enigszins mogelijk is, te komen op de voor u bestemde avond.

De Hartstichting hoopt van harte u welkom te mogen heten!

Met de meeste hoogachting,
namens de Hartstichting,

Mevrouw A.A.J.M. Steinebach.

telefoon: 070-92 42 92
telegramadres: heartfund-hague
postgiro: rekening 300
bankiers: pierson, heldring & pierson
algemene bank nederland

BIJLAGE I

nederlandse hartstichting nederlandse stichting tot bestrijding van hart- en vaatziekten

vrienden van de hartstichting

Aan alle leden van de
Nederlandse Bond van
Plattelandsvrouwen,
Afd. Zuidlaren.

kenmerk: 's-gravenhage, sophialaan 10.

Geachte mevrouw,

U heeft misschien gehoord, of in de programma-aankondiging gelezen, dat op 6 november a.s. een diëtiste van de Nederlandse Hartstichting een voorlichtingsavond voor uw vereniging zal verzorgen. Het zal hierbij gaan om voorlichting over juiste voeding in verband met hart- en vaatziekten.

Nu is het, gezien de aard van de bijeenkomst, gewenst dat niet alle leden tegelijk op één bijeenkomst komen. De Hartstichting heeft uw bestuur dan ook benaderd met het verzoek om twee avonden te mogen verzorgen, elk voor ongeveer de helft van het aantal leden. De tweede avond is vastgesteld op 8 november a.s.

Om te voorkomen, dat er op de ene avond veel meer mensen komen dan op de andere, vragen wij ieder op één bepaalde avond te komen. Om misverstanden te voorkomen wijzen wij erop dat de uitnodigingen door ons verstuurd zijn. Het bestuur weet dus niet wie voor welke avond is uitgenodigd. De Hartstichting nodigt u van harte uit voor de bijeenkomst van 8 november a.s. om 20.00 uur. Het is natuurlijk mogelijk, dat een kennis waarmee u normaal altijd samen naar de verenigingsavonden gaat toevallig uitgenodigd is voor 6 november a.s. Eventueel kunt u ruilen, maar probeert u wanneer het enigszins mogelijk is, te komen op de voor u bestemde avond.

De Hartstichting hoopt van harte u welkom te mogen heten!

Met de meeste hoogachting,
namens de Hartstichting,

Mevrouw A.A.J.M. Steinebach.

telefoon: 070-92 42 92
telegramadres: heartfund-hague
postgiro: rekening 300
bankiers: pierson, heldring & pierson
algemene bank nederland

BIJLAGE I

Wageningen
Vakgroep Voorlichtingskunde

uw kenmerk
uw brief van
ons kenmerk
datum
bijlage(n)

onderwerp

Geachte mevrouw,

Uiteraard geldt voor u als bestuurslid deze uitnodiging voor één van de twee avonden niet. U bent natuurlijk welkom op beide avonden.

We sturen u deze brief om u te laten weten welke brief uiteindelijk naar uw leden is gegaan. De ene helft van de leden heeft een brief, identiek aan deze, ontvangen. Van de andere helft zijn beide laatste data omgedraaid en geldt de uitnodiging dus voor de andere bijeenkomst.

Mag ik u nogmaals verzoeken op geen enkele wijze aan uw leden door te geven dat het om twee bijeenkomsten gaat die verschillend zijn? De enquête en daarmee het onderzoek zou z'n waarde grotendeels verliezen, wanneer een groot aantal mensen naar beide bijeenkomsten zou gaan. Ze hebben dan immers niet 1, maar 2x voorlichting ontvangen.

Ik dank u bij voorbaat hartelijk voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

M.M. Westmaas-Jes

Landbouwhogeschool/„De Leeuwenborch"/Hollandseweg 1/Wageningen/Tel. (08370) 82599

BIJLAGE II

Wageningen
Vakgroep Voorlichtingskunde

uw kenmerk
uw brief van
ons kenmerk
datum
bijlage(n)

onderwerp

Geachte mevrouw,

We leven tegenwoordig in een tijd waarin veel verandert. Op allerlei terreinen krijgen we steeds méér kennis en er ontstaan voortdurend nieuwe inzichten. Het is niet zó gemakkelijk om bij te blijven, ook al proberen vele organisaties en personen u daarbij te helpen door voorlichting te geven.
Voor degenen die voorlichting geven, is het echter vaak moeilijk te weten hóe zij dit het beste kunnen doen.

De vakgroep Voorlichtingskunde van de Landbouwhogeschool in Wageningen probeert voorlichters bij vragen op dit terrein te adviseren. Dit kan zij echter niet zonder uw hulp. U bent nl. als huisvrouw degene voor wie veel voorlichting bestemd is en u kunt er dan ook het beste een oordeel over geven.

Momenteel verricht de vakgroep Voorlichtingskunde een onderzoek om na te gaan wat de ervaringen van u als huisvrouw zijn met bepaalde vormen van voorlichting in de gezondheidszorg. De resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt om de voorlichting op dit gebied te verbeteren. U begrijpt dat dit een belangrijke zaak is, want we hopen zo een aantal ziektegevallen te kunnen voorkomen. Binnenkort zult u bezocht worden door één van onze medewerksters die u aan de hand van een vragenlijst uw oordeel zal vragen.

Ik hoop dat u uw medewerking aan dit onderzoek wilt geven door toe te stemmen in een vraaggesprek wanneer u wordt bezocht.

Vertrouwend op uw medewerking,

hoogachtend,

prof.dr.ir.A.W.van den Ban,
hoogleraar Voorlichtingskunde.

Landbouwhogeschool/„De Leeuwenborch"/Hollandseweg 1/Wageningen/Tel. (08370) 82599

BIJLAGE III.

BESCHRIJVING VAN KOOKBIJEENKOMSTEN, EN LEZING

Deze bijlage is bedoeld om door een uitgebreider weergave van een kookbijeenkomst, resp. lezing dan in de tekst mogelijk is, méér idee te geven van het (mogelijke) verloop van de voorlichtingsbijeenkomsten.

De nu volgende beschrijving heeft betrekking op 2 kookbijeenkomsten die plaatsvonden vóór de experimentele gesplitste bijeenkomsten. In de voorbereidingsfase van het onderzoek is van alle (8) diëtistes een bijeenkomst bijgewoond; hiervan zijn beschrijvende chronologische verslagen gemaakt. Deze verslagen zijn beter leesbaar dan de meer op vergelijkbaarheid van de bijeenkomsten gerichte verslagen van de 20 experimentele avonden. Laatstgenoemde verslagen zijn nl. gemaakt aan de hand van vaste observatiepunten waardoor de chronologische lijn doorbroken wordt. Opname van een beschrijving van eerdere kookbijeenkomsten is m.i. volledig gerechtvaardigd, omdat deze in essentie niet verschillen van latere.

Uiteraard blijft elke voorlichting afhankelijk van het publiek van die specifieke avond. Om die reden is ook gekozen voor weergave van één volledige kookbijeenkomst en één extra inleiding van een kookbijeenkomst in plaats van een bundeling van een groter aantal bijeenkomsten; het resultaat van een dergelijke bundeling is onwerkelijk. De weergave van 2 inleidingen is bedoeld als illustratie van de accentverschillen waarover in hoofdstuk VII is gesproken.

1. KOOKBIJEENKOMST MET NED. BOND VAN PLATTELANDSVROUWEN, CA. 60 PERSONEN

Diëtiste start inleiding met algemeen beeld van werk van de Hartstichting: doet van alles om hart- en vaatziekten te voorkomen en mensen die een hartaanval gehad hebben te helpen. Voorbeeld van de hartrenwagens in Utrecht. Snel over naar het project voedingsvoorlichting. Nodig om iets aan stijgende sterfte te doen; vooral steeds meer mannen in leeftijd 40-50 jaar het slachtoffer.

Vanavond gaat U hapjes voor hart- en vaatziektendiëten maken. Eerst iets over hart- en vaatziekten zelf. Vertelt in 't kort iets over aderverkalking, hartinfarct en angina pectoris. Er zijn verschillende vormen van hart- en vaatziekten (=atherosclerose), nl.

hartinfarct

angina pectoris = a.h.w. een 'voorbode', maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Al die problemen hebben te maken met cholesterolafzetting. We maken cholesterol zelf en het komt uit de voeding. Bij steeds meer mensen wordt een te hoog cholesterolgehalte in het bloed gevonden. Komt o.a. doordat we allemaal teveel eten, overdadig en te lekker. We eten teveel vet en teveel suiker. Hebben al gezegd dat één van de oorzaken van hart- en vaatziekten is geen goede voeding.

Wat zijn nog meer 'oorzaken?'

Door publiek genoemd in deze volgorde:

spanningen
roken
te hoge bloeddruk
drinken van alcohol
te dik zijn

Noemt zelf een zittend leven als risico-factor en vergelijkt verhouding vetgebruik/behoefte vroeger en nu door de plattelandsvrouw van vroeger te vergelijken met die van nu (stoffer en blik – stofzuiger; handwas – wasmachines).
Vraag diëtiste: waarom komt het bij vrouwen minder voor, denkt U?
Antwoorden uit het publiek: zijn misschien meer actief en roken minder. Ja, maar daarnaast misschien een kwestie van bescherming door hormonen; na de overgangsperiode neemt voor vrouwen nl. de kans op een hart- of een vaatziekte toe. Haalt bij het te dik zijn extra premiebetaling voor 'dikkerds' bij verzekeringsmaatschappijen aan. Enorme reactie uit de zaal: 'maar Wim Sonneveld dan en dr. . . . (kennelijk een dokter uit het dorp . . .) die waren toch ook mager.' Diëtiste haakt hierop in met opmerking: het gaat om alle factoren samen. U kent vast wel iemand die veel zit, veel rookt en drinkt en het niet krijgt en omgekeerd. Het is ook een beetje een familiaire kwestie. Wanneer het in Uw familie veel voorkomt, moet U extra letten op al deze dingen. En misschien zijn er nog wel meer factoren die nu nog onbekend zijn, die óók een rol spelen.

Terug naar de voeding: U zult zich misschien afvragen: hoe komt dat cholesterol in je lichaam? Twee manieren: we maken het zelf, vooral uit vetten en het zit in voedingsmiddelen.

Vraag diëtiste: kent U voedingsmiddelen waar cholesterol in zit? Geen reactie, waarop diëtiste zelf lever noemt. Grote verbazing en opmerkingen: maar dat is toch mager! Wat mag je dan nog wel. Je mag niets meer!! Diëtiste: U mag best weleens een keertje lever eten, b.v. 1x per 14 dagen. Zo moet U b.v. ook niet meer dan 2-3 eieren per week eten. Het gaat er steeds om: wat komt er totaal binnen? Alles wat we teveel eten, ook suiker, wordt omgezet in vet en dat komt in je bloed.

Voor we verder gaan, moet U eerst weten hoe een vet eruit ziet. Elk vet bevat een alcoholgedeelte en een vetgedeelte. We vergeten het alcoholgedeelte. Vetgedeelte te vergelijken met een snoer kralen. Zit dat snoer kralen helemaal vol, zodat er niets aan vastgemaakt kan worden, dan spreken we van een verzadigd vet; dit zijn vooral de dierlijke vetten (diëtiste hanteert deze omschrijving niet meer). Vraag: kent U daar voorbeelden van?
Uit het publiek: melk, boter, kaas.
Diëtiste: O.K. U kunt het ook zien, dit soort vet is vrij hard.
Wanneer er 1 gat extra in een kraal zit, zodat er iets aangehaakt kan worden, spreken we van een enkelvoudig onverzadigd vet.
Vraag: kent U daar voorbeelden van?
Geen reactie. Noemt dan zelf: olijfolie, olie van pinda's = aardnotenolie.

Het is ook nog mogelijk dat er veel gaten in de kralen zitten. Hoe zou U dat vet noemen? Pas reactie na terughalen begrip enkelvoudig onverzadigd vet. Voorbeelden van meervoudig onverzadigde vetten?
Komen niet uit het publiek. Diëtiste noemt dan zelf: maisolie, zonnebloemolie. Wat is nu het goede van die meervoudige onverzadigde vetten? Antwoord zelf: die zorgen dat het cholesterol omlaag gaat, maar alleen als 1/3 van alle vetten dit soort is. Begrijpt U? (nauwelijks reactie). Die 1/3 halen we alleen wanneer we alle zichtbare vetten vervangen door dieetvetten en -oliën. Zullen we nu eens gaan kijken hoe we dat kunnen doen?

We gaan beginnen bij de broodmaaltijd. Wat kun je doen?
Reactie publiek: wit brood vervangen door bruin.
Diëtiste: het gaat nu even alleen om de vetten: wat doet U op Uw brood?
Publiek: halvarine.
Diëtiste gaat in op het water dat erin zit = duur water, zegt Dr. Dekker altijd.'

Wat op het brood?
Noemt zelf: magere kaas- en vleessoorten. Eventuele hapjes afmaken met dieetmargarine en/of mais- of zonnebloemolie. Wanneer U mayonaise of slasaus gebruikt, dan ook die met mais- en zonnebloemolie. Vraag diëtiste: is het ook mogelijk mayonaise en slasaus te vervangen door iets anders? Publiek noemt na enig aarzelen olie en azijn. Yoghurt en/of kwark niet genoemd, aanvulling door diëtiste.

Verder met de maaltijd; wat denkt U van de dranken?
Uit publiek: geen frisdranken.
Diëtiste: ja, maar laten we voor ontbijt beginnen met de melkprodukten. Aan te raden magere melk en karnemelk te gebruiken. Wat betreft de koffiemelk, daar zijn Becel, Elcemel en Halvamel. Wat is het verschil tussen Elcemel en Becel en Halvamel? Antwoord zelf: bij E. en B. is vet eruit gehaald en vervangen door mais- en/of zonnebloemolie. In halvamel zit minder vet, maar het is nog steeds het melkvet.

De warme maaltijd: kunnen we daar iets aan doen?
Uit publiek: roosteren en grillen.
D: ook dan hebben we natuurlijk nog iets jus nodig. Hoeveel??
Rekent U zelf maar eens uit hoeveel U gebruikt. We hebben per persoon per dag nodig 70 gram vet, maar dat is totaal. Voor de warme maaltijd is dit ca. 40-45 gram. Een pakje is 250 gram; rekent U eens uit hoeveel pakjes U per week gebruikt. U kunt trouwens heel goed in dieetmargarine bakken en braden. Gebruik verder de magere vleessoorten.

Groenten kunt U wel of niet aanmaken. Doet U het wel, dan kunt U een klein klontje gebruiken of een half pakje (direct ontkennende reactie van het publiek); 'overdrijf nu'. Frituren kunnen we in mais- en zonnebloemolie. Persoonlijk zelfs prettiger dan in sla-olie, want het ruikt minder sterk. Vetten die U wel mag gebruiken, mits U niet te dik bent, zijn pinda-olie en sardines in olijf-olie, want deze zijn enkelvoudig onverzadigd. Wanneer U wilt bakken, kunt U heel goed dieetmargarine gebruiken. Hebt een recept voor de liefhebbers; kunt U na afloop ophalen. Over de prijzen van dieetmargarines: Becel is de duurste. De andere zijn ook prima, mits er maar op staat: 60-65% meervoudig onverzadigd! Dus wanneer de dokter U Becel heeft voorgeschreven, kunt U rustig een van de andere merken gebruiken, wanneer het er maar op staat.

Als samenvatting geef ik U wat de Hartstichting voorschrijft om de kans op hart- en vaatziekten te verminderen:
– wanneer U te dik bent, probeer te vermagen!
– weest U in het algemeen matig met vet en suiker. Een teveel aan suiker wordt, wanneer we het niet nodig hebben, óók omgezet in vet.

Vraag uit publiek: kun je ook zonder suiker?
Antwoord: ja, eventueel kunnen we zonder suiker, want we halen het nl. uit brood, aardappels en andere zetmeelprodukten.
– gebruik dieetmargarines en dieet-oliën. Maar: wees zuinig hiermee! Becel bevat evenveel vet als een normale margarine.

Hoofdthema is: wees zuiniger, wees wat matiger in Uw voeding.

We laten U vrij of U het wilt navolgen of niet; we maken U er alleen bekend mee. Het is verder ook mogelijk te denken aan het roken en lichaamsbeweging, en verder zegt de Hartstichting:
– geen eidooiers. U kunt ze als shampoo gebruiken; er zijn tenslotte ook eishampoo's (grote hilariteit). Persé niet meer dan 2-3 eieren per week.
– en verder de magere melkprodukten, magere kaassoorten, d.w.z. de 20+ en 40+.
– en zorg ervoor dat van het vet dat U gebruikt 1/3 verzadigd, 1/3 enkelvoudig onverzadigd en 1/3 meervoudig onverzadigd is. Dit is alleen te bereiken door alle zichtbare vetten te vervangen door dieetvetten. Vraag uit publiek: en Croma, is dat goed? Antwoord: bestaat volledig uit verzadigde vetten (duidelijke reactie bij publiek; Croma lijkt met gezond te worden geassocieerd). Bestuurslid: dus dat is dan zo ongeveer het slechtste? Antwoord: ja.

Vraag uit het publiek: kunt U nog iets zeggen over toetjes? Antwoord: heb al gezegd, de magere melkprodukten te gebruiken. Liefst niet gewone kant en klaar vla, die bevat nl. extra veel suiker en vollemelk vet. Suggestie uit publiek: kunt toch beter fruit als toetje geven? Antwoord: ja, maar je moet wel proberen aan je halve liter melk per dag te komen.

Vraag: volle melk, wordt je daar dik van? Antwoord: alleen van teveel eten totaal word je dik, niet van één produkt op zichzelf.

Voor dit moment geen verdere vragen meer; koffie wordt opgediend met dikgesneden plakken kruidkoek. Ontlokt het nodige commentaar, voornamelijk m.b.t. de calorieën, nauwelijks over gebruikte (soort) vet.
Duur inleiding, met vragen ca. 60 min.

Door de diëtiste wordt, vlak voor en tijdens het ronddelen van koffie door bestuurs- en verenigingsleden, gevraagd of de mensen na de pauze zich in groepjes van ca. 7 personen willen opdelen voor de bereiding van in totaal 9 soorten hapjes. De voor de bereiding benodigde ingrediënten, die tot dat moment achter de diëtiste op het toneel voor in de zaal hadden gestaan, worden door de diëtiste op elk tafeltje neergezet. Korte gestencilde beschrijvingen worden uitgedeeld. Wanneer ieder de koffie op heeft – pauze ruim 20 minuten – vraagt de diëtiste of men de hapjes wil klaarmaken. Van de totaal ca. 60 aanwezigen, in leeftijd variërend, maar met meer mensen boven 40 jaar dan eronder, doet vrijwel iedereen actief mee[1]. Er zijn onvoldoende messen, wat door degenen die er geen bemachtigd hebben, wordt betreurd. Men is nieuwsgierig naar wat de andere tafels bereiden. Na afloop van de eigen taak loopt een enkeling rond. De totale bereiding neemt ongeveer een half uur in beslag, wat naar zeggen van de diëtiste, korter is dan gemiddeld bij dergelijke hapjes. De schalen worden op het toneelpodium neergezet. Het voorstel van de diëtiste om langs te lopen met koffieschoteltjes wordt door de voorzitster omgezet in het ronddelen van de schalen zodat de mensen (aan hun inmiddels schoongemaakte bereidingstafels) kunnen blijven zitten. Tijdens het ronddelen door verenigingsleden geeft de diëtiste uitleg over de samenstelling van enkele hapjes en vraagt van andere de groep die ze bereid heeft, de bereiding te vertellen. Aan geen van de te beluisteren tafels (3 van de 10) ontstaat tijdens het opeten een gesprek over de inhoud van de inleiding. De gevraagden vonden het een enorm leerzame avond en bovendien erg gezellig; ze hadden nog nooit zoiets eerder gehad. (Wel kwam iemand van de slagersbond over 14 dagen hapjes demonstreren. Opm.: 'dat zal hier wel tegenin gaan'.)

2. KOOKBIJEENKOMST VOOR 20 PRIVÉ-GEINTERESSEERDE DAMES, KENNISSEN ONDERLING

Zoals U weet is de titel van vanavond 'Leef lang en lekker'. Eerst even de opzet van vanavond en organisatie. Georganiseerd door afdeling van Vrienden van de Hartstichting. Doel van de kookavond is: informatie over voeding geven, maar we passen het ook vanavond al toe. Dan komt U er thuis ook gemakkelijker toe, wanneer U het hier al heeft gedaan. De Hartstichting in Nederland wil meer nadruk geven aan preventie. Elk jaar sterven er ± 50.000 mensen aan hart- en vaatziekten. Nu is een hartaanval een mooie dood als je 75 bent, maar het probleem is dat de mensen steeds jonger overlijden. Daarom wil de Hartstichting in Nederland het risico verkleinen door te wijzen op de factoren die risico met zich meebrengen.

Vanavond hebben we het vooral over voeding. Dat wil niet zeggen dat de andere factoren minder risico met zich meebrengen. We lopen minder risico wanneer we: minder roken of niet roken, meer lichaamsbeweging nemen (niet genoeg dat U in huis loopt), 1x per week gymnastiek is niet genoeg: wandelen/fietsen. verstandiger eten. Hoe jonger we overal mee beginnen, hoe beter. Hart- en vaatziekten worden veroorzaakt door verkalking van de slagaderen. We noemen het dan ook wel aderverkalking. Met een mooi woord noemen we deze aderverkalking ook wel atherosclerose. Dit komt vooral voor in de slagaderen van hart en hersenen. Voorzorgsmaatregelen

1. Als gezegd is dit lang niet altijd het geval. De eigen activiteit lijkt, naast van de persoonlijke stimulering door de diëtiste, ook afhankelijk van de opstelling van de stoelen: groepsgewijze (her)opstelling van de stoelen bevordert het samen doen.

moeten we, zoals ik al zei, op jonge leeftijd nemen. We gaan nu verder in op dat verstandiger eten. Nogmaals: de andere punten zijn niet minder belangrijk. Door de welvaart nemen we enorm veel levensmiddelen automatisch op in ons voedingsmiddelenpakket, eigenlijk zonder er bij na te denken. Van belang is echter een goede keuze. Verder wil ik één woord met nadruk voorop stellen. Dat woord is: matig! En verder moeten we de voeding in zijn totaal bekijken.

Een gezonde voeding bevat: Viltwoorden op bord.
– A. Bouwstoffen: eiwit, water
Vraag: wat zijn de belangrijkste voedingsmiddelen waaruit wij eiwit verkrijgen?
Alom bekend. Genoemd worden: vlees en vis
kaas, ei, melkprodukten,
peulvruchten

Vraag: Weet U waarom tegenwoordig wordt aangeraden niet meer dan 2 à 3 eieren per week te gebruiken? Gaat in op cholesterol. Inhakend op de door publiek genoemde peulvruchten: prima, maar deze bevatten ook zetmeel. Dit is absoluut geen bezwaar bij een goed gewicht, maar omdat ze ook nog vaak vet worden klaargemaakt, niet aan te raden bij zwaar zijn. Het is goed mogelijk peulvruchten mager klaar te maken.

Met nadruk noem ik ook de melkprodukten. Oók voor volwassenen zijn deze elke dag nodig. Vraag uit publiek: word je daar niet dik van?
Antwoord (met overtuiging): 'dikke mensen drinken geen melk. Die worden dik van gebakjes en andere zaken die ze niet kunnen laten staan.' Maar ook indien U niet te dik bent, kunt U beter magere melkprodukten gebruiken. Kaas is genoemd. Dit bevat ook veel vet. Wanneer U veel kaas gebruikt, dan zou ik echt aanraden 40^+ of 20^+ kaas te gebruiken. Commentaar uit publiek goed opgevangen: er zijn echt wel smakelijke magere kaassoorten, b.v. de komijnekaas en magere smeerkaas. Sommigen van U zullen wel eens Franse kaas gebruiken. Franse kaas is zéér rijk aan vet.

Maar opnieuw: matigheid is het allerbelangrijkste!

De tweede soort stoffen in een gezonde voeding zijn:
– Beschermende stoffen: vitaminen, kalk, ijzer en andere mineralen. Op viltbord.

Vraag diëtiste: kunt U voorbeelden geven van vitaminebronnen? Genoemd: sinaasappels, grapefruit, citroen, aanvulling: eigenlijk alle fruit. Ook b.v. tomaten, paprika's. Maar ook in groenten en melkprodukten, vlees, kaas en peulvruchten. Kalk komt ook veel in melkprodukten voor. Kalk heeft niets te maken met aderverkalking. Aderverkalking heeft te maken met o.a. vet van cholesterol. Veel van deze vitaminen en mineralen kunt U ook in tabletten krijgen (na opmerking uit publiek). Maar het is veel beter ze uit de voeding te verkrijgen. Ten eerste zijn de tabletten niet alles-bevattend en bovendien is de resorptie veel kleiner. IJzer komt in vlees voor (extra veel in paardevlees en lever). Eveneens in groenten, vooral de rauwe en groene. Ook in de donkere broodsoorten. Van de nu behandelde beschermende stoffen en bouwstoffen krijgen we niet gauw te veel. Dat is ook niet de fout in onze voeding. Wat fout is, ligt in de brandstoffen. Daarvan krijgen we tegenwoordig te veel.

– C. Brandstoffen zijn: meelstoffen figuren +
suiker (in frisdranken, gebak en chocolade) woorden op
vetten. viltbord

De Nederlander gebruikt gem. 1 kg suiker per week. Geweldig geroezemoes en commentaar van de dames dat zij dat persé niet doen. Zij gebruiken helemaal geen suiker. Het begrip onzichtbare koolhydraten in alle luxe produkten is kennelijk ook bij deze dames (waarvan achteraf enkelen op mijn vraag zeggen niet veel nieuws geleerd te hebben) niet al te goed bekend. Diëtiste: 'Wat niet altijd bekend is, is dat suiker óók een ongunstige invloed heeft op aderverkalking. Bovendien bevordert het dik zijn en dat is op zichzelf ook ongunstig voor hart- en vaatziekten'. Brandstoffen zijn verder de

vetten, óók de verborgen vetten. De Nederlander eet te veel vet, bovendien ook nog het verkeerde vet, dus we zouden minder vet moeten eten en bovendien waar dat mogelijk is een ander soort vet. Het vet in onze voeding is verzadigd vet. Dat bevordert hart- en vaatziekten. Alle dierlijk vet is verzadigd vet, maar ook sommige plantaardige vetten, b.v. kokosvetten behoren ertoe. We zouden beter gebruik kunnen maken van meervoudige onverzadigde vetten. Advies diëtiste: bekijk de meegebrachte produkten straks eens. Deze meervoudige onverzadigde vetten ('U kent de naam misschien van de Becelreclame') kunnen de aderverkalking afremmen.

Om nog eens samen te vatten: minder totaal en waar mogelijk ander vet, maar daarvan ook niet extra veel. Dat betekent:

– vervangen van margarine en roomboter door margarines met een hoog gehalte aan meervoudig onverzadigde vetzuren.

Noemt enkele merken: Becel (duurste en langstbekende), Queen 60'65 van A.H., De Gruyter dieetmargarine, Vitelma, Suncos, (verkrijgbaar bij V. en D.) De opmerking uit het publiek dat je daarin niet bakken kunt: dat is niet waar, het gaat alleen iets anders. Margarine bevat altijd 80% vet. Daarom leveren dieetmargarine en gewone margarine evenveel calorieën. Er zit dus niet méér water in. U moet het minder hoog verhitten en geleidelijk braden. Na vraag: halvarine is een heel ander produkt. Daarin zit maar 40% vet. Hierin kun je niet bakken. Van dat vet kan de helft m.o.v. zijn. Wanneer U niet dik bent en Uw gezinsleden evenmin, dan kunt U beter gewoon margarine gebruiken, rijk aan m.o.v. Naast 60-65% m.o.v. zijn er soorten met 40-45%m.o.v. Kijk altijd goed op de verpakkingen en ga niet af op wat Uw winkelier of anderen zeggen. B.v. Brio is goed, wordt veel gedacht. Maar er staat niet op wat erin zit. Dat is niet te controleren door U.

Een tweede manier om ander vet te gebruiken is in de koffiemelk. Er is koffiemelk, waarbij het melkvet is vervangen door vetten met meer m.o.v. Dit zijn Becel en Elcemel. Becel bevat echter evenveel calorieën, dus wanneer U te dik bent, kunt U beter helemaal geen koffiemelk in alle koppen koffie die U gewend bent te drinken, nemen. Na vraag: alle poedermelk (Completa, Licht en romig) bevat verzadigde vetten, dus de slechte.

Een derde manier om ander vet te gebruiken, is via olie. Wanneer U frites zelf bakt, of croquetten, of vis bakt in olie, dan kunt U gebruiken: zonnebloemolie, maisolie, slaolie met de goede grondstoffen (soja-olie). Er zit vaak soja-olie in verwerkt, maar wanneer het er niet opstaat, kunt U er nooit zeker van zijn. Harde frituurvetten zoals Resi, Diamantvet of Delfi e.d. bevatten verzadigd vet. Op vraag: olijfolie is minder gunstig vet. Op andere vraag: saffloerolie is inderdaad goed, maar vrij prijzig. Ik begin altijd met de ook goede, goedkopere te noemen. Op eigen initiatief: er wordt weleens gezegd dat je die goede soorten olie minder lang zoudt kunnen bewaren. Dit is wel waar, daarom kunt U ze het beste na gebruik zeven en in een gesloten glazen fles bewaren (beter dan in de frituurpan). Naast het feit dat we beter ander vet kunnen gebruiken, is het beter ook minder te gebruiken. Nu gebruikt U misschien niet veel frites, U weet van anderen dat zij dit wel doen.

Daarnaast kunt U vet beperken door b.v.

– minder koffiemelk
– geen slagroom door de week en ook geen topping als Klop-Klop etc.
– beperk het gebruik van zoutjes, pinda's etc. Gebruik in plaats daarvan eens toastjes met mager beleg, augurken, tong, asperges, rookvlees etc.
– fondue te maken met magerder sausjes op kwarkbasis of op basis van slasaus (i.p.v. mayonaise). Gewone slasaus bevat 25% vet.
– magere melkprodukten gebruiken of halfvolle; magere melk eigenlijk meer een dieetprodukt
– vaker vis te gebruiken en dan de magere (schelvis, kabeljauw)
– minder margarine te gebruiken. Gemiddeld gebruik van 1-1$^1/_2$ pakje per week per

persoon is niet te veel (geroezemoes: dat gebruikt men zelf nooit)
– heb niet als regel roomboter in huis, U gebruikt dan gemakkelijk meer.

Nogmaals: van de produkten rijk aan beschermende en bouwstoffen hebben we niet gauw teveel. Geeft op flapovervel een overzicht van de basis voor een goede voeding als samenvatting:

– $^1/_2$ liter melk(produkt) per dag, bij voorkeur magere soorten
– 1 plak kaas
– ca. 1 ons vlees of vis (mager)
– ca. 200 gr. groenten (= 4-5 schepjes)
– 1 à 2 stuks fruit (NB géén Roosvicee)
– bruin brood, aardappelen naar behoefte
– margarine naar behoefte (niet teveel totaal), bij voorkeur soorten met m.o.v.

Duur inleiding 3 kwartier.

3. De opbouw van een LEZING verschilt per diëtiste van de hiervoor weergegeven inleidingen bij de kookbijeenkomst vrijwel niet. Wel heeft en geeft de diëtiste in het algemeen meer tijd voor vragen, die dan ook in ruimer mate worden gesteld en beantwoord. Een selectie uit de talrijke vragen geeft vermoedelijk enig inzicht in de interesse en vraagtekens die bij het publiek leven. Gekozen is voor weergave van vaak gestelde vragen.

a. Komen hart- en vaatziekten ook voor bij mensen met een grotere verantwoordelijkheid, een hoger inkomen, etc.?

Antw. : Het is een complex van factoren. Vroeger noemde men hart- en vaatziekten wel managerziekte, want het kwam meer bij mensen met een leidende functie voor. Maar of dít nu aan de functie lag, is moeilijk te zeggen. Verschillen in inkomen tussen mensen met leidende functies en anderen waren vroeger veel groter dan nu en daarmee samen hing: veel meer luxe, veel meer alcohol, rookten meer, gebruikten meer suiker etc. Het is niet te scheiden. Op het ogenblik is het beslist niet meer zo dat managers het méér krijgen.

b. Ik gebruik nooit boter of margarine op brood, geen jus en snoep niet. Maar ik gebruik wel volle melk en yoghurt. Nu vroeg ik me af: doe ik het nu wel goed? Ik ben bang dat als ik al die magere produkten gebruik, dat ik dan te weinig krijg.

Antw. : Ook al gebruikt U weinig vet, dan nog zou ik het in de goede groep zoeken, dus liever halfvolle melk e.d. Als U bang bent voor te weinig energie, neemt U dan liever een aardappel of een snee brood extra, dat is beter dan het in de suikers te zoeken. Maar dat doet U toch al niet. In aardappelen en brood zitten veel nuttige vitaminen en mineralen en die hebben we echt nodig.

c. Vroeger hoorde je altijd dat het voor kinderen goed was om melk en kaas te eten en ik geef mijn zoon dus expres volle melk en lekker wat kaas. Is dat nu goed? Mijn zoon is 9 jaar en niet te dik.

Antw. : Nogmaals,om met het laatste te beginnen: mager en cholesterolgehalte heeft niet alles met elkaar te maken. Dus ik zou toch proberen Uw zoon om te turnen naar magere kaas.

Vraagstelster opnieuw: maar moet ik nu doorgaan met die volle melk?

Antw. : Nogmaals, het is niet nodig, ook niet voor kinderen. Eventueel kunt U de volle melk afromen en in plaats van magere, 40 + kaas geven.

d. Als je helemaal geen snoep gebruikt, krijg je dan toch voldoende suiker? Dat heb je toch nodig voor je spieren?

Antw. : Suiker wordt in het lichaam voldoende uit zetmeel gemaakt, d.w.z. uit brood en aardappelen. Het is niet nodig om extra op te nemen. De suikers uit brood en aardappelen worden precies dezelfde als U ze opneemt.

e. Vroeger zeiden ze: elke dag driekwart liter melk en nu weer minder. Hoe zit dat?

Antw. : Melk is enorm belangrijk, maar het gaat om het eiwit, niet in de eerste plaats om het vet. In de wereld als geheel is veel meer tekort aan eiwit dan aan vet. We sturen wel melkpoeder naar ontwikkelingslanden, maar dat gaat om het eiwit. Vet is veel gemakkelijker te maken dan eiwit. (Opm.: zou dit begrepen zijn?).

Vraagstelster (boerin) opnieuw: maar waar moeten we dan heen met al dat vet?
Antw. : Daarop weet ik het antwoord niet. Dat is een kwestie van de regering. Die zou moeten stimuleren dat U op eiwit wordt uitbetaald i.p.v. op vet zoals nu.
f. Vroeger aten ze enorm veel vet en er waren minder hartpatiënten.
Antw. : Dat is waar, maar er waren andere verschillen ook. Vroeger hadden de meeste mensen veel meer beweging; ze snoepten veel minder tussendoor. Het is echt een welvaartsziekte.
Vraagstelster opnieuw: maar dan is er toch weinig aan te doen!
Antw. : Toch wel, ik hoop nu maar zo dat het weten de overhand krijgt en ook invloed krijgt op hoe we leven. We weten al veel meer dan vroeger en toch doen we er zo vaak niets aan. Wanneer we ons van jongsaf eraan zouden wennen wat minder te eten, dan is er al heel wat bereikt.
g. Verbruik je als je zwaar werk doet, die cholesterol niet?
Antw. : Nee, dat geldt alleen voor de calorieën, maar het cholesterol wordt opgeslagen. Je kunt het wel een beetje verminderen door anders te gaan eten.
Vraagstelster opnieuw: maar je hebt toch zeker wel cholesterol nodig? Ik heb gelezen dat je lichaam niet zonder cholesterol kan.
Antw. : Dat is volkomen waar, want we hebben het nodig voor hormonen. Zonder cholesterol zouden we er slecht aan toe zijn. Alleen: we maken het zelf van binnen en het is niet nodig extra op te nemen. Tekort krijgt U nooit!
h. Is ossewit ook slecht? en diamantvet?
Antw. : In beide zitten geen meervoudige onverzadigde vetzuren, dus het is beter te frituren en te bakken in zonnebloemolie.
i. Er staat hier nu wel (red. = gele boekje) dat je al die borrelhappen in dat andere soort vet kunt klaarmaken, maar het blijft toch vet, ook al bak je ze zelf.
Antw. : Dat is helemaal juist; dat is ook niet dé oplossing, daarnaast ook duidelijk proberen minder vet op te nemen.
j. Wat is magerder, mais- of zonnebloemolie?
Antw. : Beide precies even vet.
k. Als een persoon gaat vermageren, lost het cholesterol dan op?
Antw. : Het cholesterol kan dalen door én minder vet te gebruiken, én de goede vetten te gebruiken.
l. Hoe kun je je cholesterolgehalte weten?
Antw. : Enige is bloed laten prikken als U toch bij de dokter bent.
Vraagstelster opnieuw: Is het beter dit te bepalen voordat je gaat diëten?
Antw. : We praten hier niet over diëten, maar over gezonde voeding voor gezonde mensen voor altijd.

BIJLAGE IV

NO. RESPONDENTE . . . . . ENQ. Niet invullen!

NAAM ENQUETRICE: .....

NAAM RESPONDENTE : .....

ADRES RESPONDENTE: .....

WOONPLAATS " : .....

DATUM: .....

GESPREK van ..... uur tot ..... uur.

D.

NB: in de kolom vóór elke vraag staat vermeld: 1) de verdeling van de antwoorden over de diverse categorieën in % óf 2) het gemiddelde = $\bar{a}$ voor voormeting (vo) en nameting (na) en vanaf vraag 19: voor Lezing (L) en Kookbijeenkomst (KB).

ENQ. Introductie aan de deur:

Mevrouw, ik kom van de vakgroep Voorlichtingskunde van de Landbouwhogeschool in Wageningen. Als het goed is, heeft u vorige week een brief van onze afdeling gekregen.
Heeft u nu tijd voor een gesprek?

ENQ. Indien nu geen tijd, afspraak maken voor later.

Mag ik u, voordat we aan de vragen over voorlichting en gezondheid beginnen, eerst een paar vragen stellen over uzelf en uw gezin; dan weten we beter waar we over praten.

vóór	na

1. Uit hoeveel thuiswonende personen bestaat uw gezin, eventuele thuiswonende personen die tot de huishouding behoren, meegerekend?

.....personen.

Wat zijn de leeftijden van deze personen?

	man	vrouw	kinderen in volgorde van leeftijd										inwonende pers.		
Leeftijd															

ENQ. Vul achteraf het aantal consumptie-eenheden in. Hierbij telt een kind beneden 1 jaar niet mee. Kinderen ≥ 1 jaar tot ≤ 5 jaar gelden als ½ c.e. Personen ouder dan 75 jaar gelden eveneens als ½ c.e.

Thuiswonend zijn .....a..... consumptie-eenheden.

$\bar{a}$ =	3,26	3,39

2. In de brief die u heeft ontvangen, stond al dat we willen nagaan wat uw ervaringen zijn met voorlichting op het gebied van de gezondheidszorg.
Wat ik u wilde vragen, is:

Heeft u weleens van het woord cholesterol gehoord?

52,9	87,1	n= 153, resp. 225	

1. ja → 2a
2. nee → 3

ENQ. Indien ja:

2a. Wat is cholesterol volgens u?
Het is de bedoeling dat u één van de mogelijkheden van deze kaart kiest. ENQ. Overhandig kaart A. met de opmerking:
Leest u de mogelijkheden eerst rustig door en kiest u er dan één.

Lijst A. Cholesterol is:

1. een bloedstolsel
2. een soort klierziekte
3. een hormoon
4. stof in suikervrije limonades
5. een soort vet in je bloed
6. vetachtige stof in bepaalde voedingsmiddelen
7. anders, nl.....

20,9	11,2	
1,2	0,5	
1,2	1,-	
-	0,5	
55,5	50,-	
12,3	33,6	
8,6	3,-	
100	100	n= 81, resp. 196

vóór	na
92,1	89,7
5,2	7,1
1,3	-
1,3	3,1
100	100

3. Denkt u dat er tegenwoordig méér, evenveel of minder hart- en vaatziekten voorkomen dan 10 jaar geleden?

1	méér
2	evenveel
3	minder
4	weet niet

n= 153, resp. 225

ENQ. Indien respondent antwoordt: "méér, want er zijn meer mensen", doorvragen naar relatieve aandeel:

"denkt u dat er per 100 mensen tegenwoordig méér, evenveel of minder hart- en vaatziekten voorkomen dan 10 jaar geleden?"

4. Er wordt weleens gezegd dat bepaalde dingen slecht zijn voor je hart en je bloedvaten; dat je daarvan eerder een hart- of vaatziekte kunt krijgen. Ik heb hier een kaart met een aantal zaken die weleens worden genoemd. Wilt u aangeven welke 3 volgens u de meest belangrijke zijn, dus het meest schadelijk?

ENQ. Overhandig lijst B met opmerking: leest u ze weer eerst rustig door en kiest u er dan drie.

vóór	na		Lijst B. (risico-factoren)
16,6	20	1.	roken
1,7	1,6	2.	erfelijkheid
17,2	18,4	3.	weinig lichaamsbeweging
4,6	9,9	4.	cholesterolgehalte van het bloed
-	,7	5.	koffie drinken
12,0	9,0	6.	opwindende gebeurtenissen, bv. spannende voetbalwedstrijd of hevige ruzie
6,0	4,6	7.	hoge bloeddruk
2,0	2,8	8.	alcoholgebruik
14,8	11,0	9.	teveel eten
-	-	10.	fluor in het drinkwater
17,2	11,9	11.	een drukbezet, gejaagd leven
7,6	9,9	12.	verkeerde voeding
,2	,1	13.	suikerziekte
100	100		n= 459, resp. 675 (elke respondente geeft nl. 3 antwoorden)

5. Eén van de meest voorkomende uitingen van een hartziekte is een hartverlamming of met een ander woord hartinfarct.
Ik heb hier een aantal uitspraken. Wilt u die uitspraak opnoemen, waarmee u het het meest eens bent.

ENQ. Overhandig kaart C. met opmerking: leest u ze eerst rustig door en noemt u maar het cijfer.

vóór	na		Lijst C. Uitspraken m.b.t. hartinfarct.
17,6	9,7	1.	iedereen kan een hartinfarct krijgen; je kunt er nu eenmaal zelf niets aan doen
22,2	27,5	2.	je kunt wel proberen geen hartinfarct te krijgen, maar je hebt het maar voor een heel klein deel zelf in de hand
17,6	13,7	3.	je kunt zeker proberen geen hartinfarct te krijgen, maar je hebt het maar voor ongeveer de helft in de hand
38,5	46,2	4.	het is mogelijk zó te leven, dat de kans op een hartinfarct gering wordt
3,9	2,6	5.	niemand hoeft een hartinfarct te krijgen; iedereen kan zó leven dat hij of zij geen hartinfarct krijgt
100	100	n= 153, resp. 225	

6. Nu heb ik hier nog een aantal uitspraken over hart- en vaatziekten. Ik zou van u willen vragen of u het met elk van deze uitspraken helemaal eens bent, ze wel ongeveer juist vindt, ze niet helemaal juist vindt of het er helemaal niet mee eens bent. Ik heb hier een kaartje met de mogelijkheden.

ENQ. Overhandig lijst met antwoordmogelijkheden = lijst D.
Lees de volgende uitspraken één voor één op:
Codeer direct onder ↓ 1-2-3-4 of 5.

4,29	4,58	1.	al die aandacht voor hart- en vaatziekten is verspilde moeite
2,82	2,77	o2.	hart- en vaatziekten zijn te voorkomen
3,62	3,96	3.	hoe je ook leeft, de kans dat je een hartinfarct krijgt, blijft even groot
3,65	3,56	o4.	door soberheid met eten, veel lichaamsbeweging en niet roken kun je vrijwel zeker een hartinfarct voorkomen
4,01	4,28	o5.	roken is schadelijk voor je hart
3,11	3,24	6.	mensen met zwaar werk hoeven niet op hun voeding te letten
4,54	4,65	o7.	iedereen kan door een juiste voeding de kans om zelf een hartinfarct te krijgen verkleinen

helemaal mee eens	= 1
ongeveer juist	= 2
geen mening	= 3
niet helemaal juist	= 4
helemaal niet mee eens	= 5

ENQ. Indien respondente het met bewering 7 helemaal eens is of deze ongeveer juist vindt, vraag 6a. stellen, anders naar vraag 7

6a. Met wat voor veranderingen in de voeding denkt u dat men de kans om een hartinfarct te krijgen, zo klein mogelijk kan maken? Ik heb hier een kaartje met enkele mogelijkheden.

o De gemiddelde scores van de met o gemerkte uitspraken zijn verkregen na omcodering: helemaal mee eens = 5, ongeveer juist = 4, etc.
Resultaat is dat voor alle 7 uitspraken geldt: hoe hoger de score, des te positiever staat men t.o.v. preventie.

ENQ. Overhandig lijst E. met de opmerking: het is de bedoeling dat u één mogelijkheid opnoemt

ENQ. Het gaat om de soort voeding in het algemeen, niet om de mogelijke of onmogelijke veranderingen in de eigen situatie van respondente!

Lijst E. Voeding.

vóór	na		
23,9	16,3	1.	minder eten
68,8	78,0	2.	minder suiker en vet gebruiken
2,1	-	3.	meer suiker en minder vet gebruiken
1,4	0,9	4.	meer vlees eten
2,8	2,3	5.	meer maaltijden per dag gebruiken
0,7	2,8	6.	niet snoepen tussen de maaltijden
-	-	7.	meer aardappels en brood eten
100	100	n= 138, resp. 214	

7. Ik wil u nu wat vragen over enkele voedingsmiddelen, want ook daarover ontvangt u van allerlei kanten voorlichting en informatie. Wij willen weten hoe u over een aantal dingen denkt. Het gaat er dus niet om dat u per se het juiste antwoord moet weten. Ik lees telkens één uitspraak voor en wat ik van u wil vragen is of die uitspraak naar uw idee waar is of niet waar.

Codeer (achteraf) onder ↓ een 1, 2 of 3

1 waar	2 niet waar	3 weet niet	1 waar	2 niet waar	3 weet niet		
26,6	55,5	7,8	24,4	67,1	8,4	1.	halfvolle melk is melk met water
79,7	6,5	13,7	88,8	4,0	7,1	2.	één glas frisdrank bevat minstens 3 klontjes suiker
19,6	20,9	59,4	19,5	65,7	14,6	3.	cholesterol is een stof die vooral in het wit van ei voorkomt
83,6	6,5	9,8	74,2	7,5	18,2	4.	mayonaise is vetter dan slasaus
24,8	62,7	14,3	13,3	74,6	12,0	5.	40+ kaas en volvette kaas zijn even vet
39,8	5,8	54,2	71,1	4,4	24,4	6.	maisolie bevat veel meervoudig onverzadigde vetten
43,7	39,2	16,9	40,0	39,1	20,8	7.	een mokkapunt bevat minder calorieën dan een slagroompunt
20,9	16,3	62,7	70,2	7,1	22,6	8.	lever is rijk aan cholesterol
64,0	6,5	29,4	87,5	3,1	9,3	9.	weekendbrood bevat meer vet dan bruin brood
75,1	9,8	15,0	82,2	6,6	11,1	10.	halvarine bevat de helft van het vet van margarine

vóór	na				
85,6	92,9	8. Heeft u weleens gehoord van het produkt dieetmargarine?	1	ja	→ 8a
			2	nee	→ 10

* n=153, resp. 225

ENQ. Indien ja:

8a. Wat is dit volgens u? U kunt kiezen uit de volgende mogelijkheden:

ENQ. Overhandig kaart F.

Dieetmargarine is:

13,7	4,7	1. een soort margarine met méér vitaminen dan gewone margarine
54,9	81,8	2. een soort margarine met veel meervoudig onverzadigde vetten
18,3	5,7	3. een soort margarine met de helft van het vet van gewone margarine
3,8	4	4. een soort margarine met veel verzadigde vetten
9,1	7,1	5. anders, nl. .....
100	100	n= 131, resp. 209

* waar slechts één percentage is weergegeven, heeft dit altijd betrekking op de eerste antwoordmogelijkheid.

9. Ik heb hier een aantal uitspraken over dieetmargarine, waar ieder zo zijn mening over kan hebben. Ik zou graag van u willen weten of u het met deze uitspraken helemaal eens bent, ze wel ongeveer of niet helemaal juist vindt, of het er helemaal niet mee eens bent. Hier is het kaartje met de antwoordmogelijkheden.

ENQ. Geef kaartje D. Codeer onder ↓ 1, 2, 3, 4 of 5

vóór	na	
1,54	1,49	1. dieetmargarine is vooral geschikt voor hartpatienten
2,30	2,09	2. om slank te worden kun je het best dieetmargarine gebruiken
4,67	4,78	°3. dieetmargarine is gezonder voor hart en bloedvaten dan gewone margarine
2,06	2,49	°4. in dieetmargarine kun je goed vlees braden
3,96	4,36	5. het maakt voor je hart niets uit of je nu roomboter gebruikt of dieetmargarine
2,30	2,56	6. dieetmargarine is voor een normaal gezin te duur

helemaal mee eens	= 1
ongeveer juist	= 2
geen mening	= 3
niet helemaal juist	= 4
helemaal niet mee eens	= 5

92,2	95,1	10. Heeft u weleens gehoord van het produkt kwark? n = 153, resp. 225	1	ja	→10a
			2	nee	→11

ENQ. Indien ja:

91,5	90,7	10a. Wat is dit volgens u? n = 141, resp. 214	1	juist
			2	onjuist

ENQ. Dóórvragen tot duidelijk is wat respondente bedoelt. Pas na afloop van de enquête invullen juist/onjuist!

11. Nu heb ik hier nog een aantal uitspraken over produkten, waarvan ik weer van u zou willen weten of u het met elk van deze uitspraken helemaal eens bent, ze wel ongeveer of niet helemaal juist vindt, of het er helemaal niet mee eens bent. Het zijn dus weer dezelfde antwoordmogelijkheden als daarnet. ENQ. Geef kaartje met antwoordmogelijkheden = D. Lees uitspraken één voor één op en codeer direct onder ↓ 1, 2, 3, 4 of 5.

vóór	na	
4,43	4,51	°1. veel Nederlanders zijn tegenwoordig te dik
2,39	3,27	°2. voor kinderen in de groei is magere melk beter dan volle melk
2,97	3,50	3. roomboter is gezonder dan margarine
3,49	3,49	4. magere kaas is niet te eten
3,69	4,20	5. °elke volwassene zou eigenlijk over moeten gaan op magere melkprodukten
4,07	4,27	6. van kwark kun je heerlijke gerechten maken
3,43	3,92	7. °voor kinderen is elke dag een glas frisdrank erg ongezond
2,82	3,71	8. volle melk (dagmelk) is gezonder dan magere melk
3,93	4,65	9. elke dag een ei is gezond
1,45	2,66	10. het is prima voor de gezondheid om elke week minstens één keer lever te eten
3,09	3,76	11. het is onzin dat we nu ineens al die magere melkprodukten moeten gebruiken
4,77	4,82	°12. de Nederlander eet in het algemeen teveel zoetigheid

helemaal mee eens	= 1
ongeveer juist	= 2
geen mening	= 3
niet helemaal juist	= 4
helemaal niet mee eens	= 5

° = Ook deze scores zijn omgecodeerd zó, dat hoe hóger de score, des te meer men overeenstemt met de voorlichtingsboodschap v.d. Hartstichting.

12. Na deze vraag wat u zoal van bepaalde produkten dacht, volgen hier een aantal vragen over produkten met de vraag of u ze in uw eigen gezin gebruikt. Wilt u bij de volgende produkten aangeven welke u de afgelopen week in uw gezin heeft gebruikt? We praten dus alleen maar over de laatste 7 dagen, d.w.z. tot en met gisteren.

ENQ. Het gaat om 7 volle dagen, incl. weekend, de enquête-dag niet meegerekend!

vóór	na			
42,5	44,0	a. Heeft U deze laatste week in uw gezin karnemelk gebruikt?	1.	ja
			2.	nee
73,2	80,0	b. en yoghurt, heeft u dat in uw gezin de afgelopen week gebruikt?	1.	ja
			2.	nee
57,1	48,3	Indien ja, was dit:	1	alleen volle yoghurt
31,3	44,4		2	alleen magere yoghurt
11,6	7,2	n = 112, resp. 180	3	beide
97,4	96,9	c. en kaas, heeft u dat gebruikt?	1.	ja
			2.	nee

Indien ja: welk soort kaas was dit? .....

ENQ. Dóórvragen tot duidelijk is in welke categorie de kaas valt.

57,7	49,0	Goudse, óók de komijnekaas, buitenlandse kaas = volvet	1.	volvet
28,1	33,0	Edammer, Friese nagelkaas = 40+	2.	40+
4,6	4,1	n = 149,		
90,4	86,1	* resp.218 Leidse komijnekaas, verpakte blokken = 20+	3.	20+
92,8	96,9	d. en melk?	1.	ja
			2.	nee

Indien ja, was dit gewone melk, halfvolle melk of magere melk?

69,7	59,6		1.	volle
18,3	20,1		2.	halfvolle
8,4	10,0			
96,4	89,7	* n = 142, resp. 218	3.	magere
11,8	14,7	e. heeft u de afgelopen week in uw gezin kwark gebruikt?	1.	ja
			2.	nee

Indien ja, was dit magere kwark, roomkwark of kwark met vruchten?

22,2	6,0		1	roomkwark (met vruchten)
72,2	90,0		2	magere kwark
94,4	96,9	* n = 18, resp. 33		
92,2	87,6	f. en eieren, heeft u die de laatse week in uw gezin gebruikt? n = 153, resp. 225	1.	ja
			2.	nee
3,$\overline{33}$	2,$\overline{73}$	a Indien ja, hoeveel eieren gebruikte u de afgelopen week totaal?		

..... stuks = ...A...../ konsumptie-eenheid.(Achteraf inv.)

* De combinaties zijn hier niet vermeld, zodat totaal < dan 100% is.

vóór	na
70,5	65,3

g. gebruikte u de afgelopen week in uw gezin koffiemelk? 1. [ ] ja 2. [ ] nee

Indien ja, welk soort koffiemelk gebruikte u? .....

42.5	34.0	1. volle
48.1	49.0	2. halvamel
4.6	16.3	3. Becel, Elcemel
95.2	99.3 *	

n = 108, resp. 147

28.1	25.7

h. heeft u in de laatste week roomboter gebruikt? 1. [ ] ja 2. [ ] neen

n = 153, resp. 225

Indien ja, hoeveel pakjes gebruikte u de afgelopen 7 dagen in uw gezin?

..... pakjes

45.0	51.1

i. en halvarine, heeft u dat gebruikt? 1. [ ] ja 2. [ ] nee

n = 153, resp. 225

Indien ja, welk merk gebruikte u? .....

ENQ. Coderen volgens onderstaand schema:

71.0	70.4	1.	verzadigde vetten (Remia, Topper, AH, Simon, Crox, Blue Band)
27.5	24.3	2.	40-45% m.o.v. (Trim, Risso, Bella, Era, Volma, Santee)
98.5	94.7 *		

Hoeveel kuipjes (van 250 gr) gebruikte u de afgelopen 7 dagen?

n = 69, resp. 115 ..... kuipjes

ENQ. NB: er zijn ook kuipjes van 500 gr. noteer in 250 gr!

90.1	92.0

j. en margarine, gebruikte u dat in uw gezin deze week? 1. [ ] ja 2. [ ] nee

n = 153, resp. 225

Indien ja, welk merk gebruikte u? .....

ENQ. Coderen volgens merkenschema; van onbekende merken alleen merk invullen.

76,8	65,2	1.	verzadigde vetten (Blue Band, Bona, Wajang, Leeuwenzegel, SdW, Vida, Venda, Remia, Zeeuws m, Brio)
1,4	4,8	2.	40-45% m.o.v. (Dessa, Sol)
7,2	9,1	3.	60-65% m.o.v. (Becel, Queen AH, Suncos, Remia-dieet, Vitelma)
85,4	79,1 *		

n = 138, resp. 207

Hoeveel pakjes gebruikte u de afgelopen 7 dagen?

..... pakjes/kuipjes van 250 gr!

30.7	24.0

k. gebruikte u de afgelopen week bak- en braadvet? 1. [ ] ja 2. [ ] nee

n = 153, resp. 225

Indien ja, welk merk gebruikte u? .....

Hoeveel pakjes gebruikte u de afgelopen 7 dagen? ..... pakjes

ENQ. Vermeld achteraf het totaal aantal pakjes en kuipjes vet:

= h + i + j + k ..... pakjes/kuipjes (à 250 gr) totaal

= ..... pakjes/kuipjes à 250 gr) per week per konsumptie-eenheid

* Combinaties niet vermeld, zodat totaal < 100%

vóór	na
30,0	29,7

1. en sla-olie, heeft u dat de laatste week gebruikt?

1. [ ] ja
2. [ ] nee

Indien ja, welk merk gebruikte u? .....

ENQ. Coderen volgens schema. Laat fles zo mogelijk tonen.

vóór	na		
21.7	19.7	1. geen vermelding van olie-samenstelling	
78.3	80.3	2. rijk aan m.o.v., zonnebloemolie, soja-olie, maisolie, Becel	

n = 46, resp. 66

vóór	na
43,1	42,2

m. heeft u de afgelopen week sla-saus gebruikt?

1. [ ] ja
2. [ ] nee

Indien ja, welk soort was dit? .....

ENQ. kruis aan volgens schema. Laat fles zo mogelijk tonen.

vóór	na		
9.1	5,3	1.	onbekend
3,0	9,5	2.	5 % olie
54.5	53,7	3.	25% olie
15.2	20.0	4.	35% olie
3.0	2.1	5.	50% olie
1,5	3,2	6.	50% verhoogd m.o.v.
86.3	93,8 *		

n = 66, resp. 95

n. en mayonaise, heeft u dat de laatste week in uw gezin gebruikt?

vóór	na
20,9	14.6

n = 153, resp. 225

1. [ ] ja
2. [ ] nee

Indien ja, welk merk gebruikte u? .....

ENQ. kruis aan volgens schema.

1. 80% vet, zonder verhoogd m.o.v.
2. 80% vet, met verhoogd m.o.v.

13. Hoe vaak heeft u in de afgelopen week één van de volgende of soortgelijke produkten in uw gezin gebruikt: chips, pinda's zoutjes o.i.d.?

vóór	na
47.7	52.4
34,6	34,2
11.8	8,4
2,6	1,8
-	1,3
1,3	-
-	-
2,0	1,8
100	100

ENQ. Overhandig kaart met antwoordmogelijkheden = kaart G

[ ] 0 = nul keer
[ ] 1 = 1 x
[ ] 2 = 2 x
[ ] 3 = 3 x
[ ] 4 = 4 x
[ ] 5 = 5 x
[ ] 6 = 6 x
[ ] 7 = 7 x of meer

n = 153, resp. 225

14. En hoe vaak gebruikte u de afgelopen week in uw gezin één van de volgende produkten?
frikandel, croquet, patates frites, nassi bal o.i.d.

Het gaat om het gebruik buiten de warme maaltijden om.

ENQ. Het gaat hier dus niet om wat er buitenshuis door gezinsleden wordt gegeten.

vóór	na
77.1	80,9
20.3	17,8
2.6	.4
-	,9
-	-
-	-
-	-
-	-
100	100

[ ] 0 = 0 keer
[ ] 1 = 1 x
[ ] 2 = 2 x
[ ] 3 = 3 x
[ ] 4 = 4 x
[ ] 5 = 5 x
[ ] 6 = 6 x
[ ] 7 = 7 x of meer

n = 153, resp. 225

* Combinaties niet vermeld, zodat totaal < 100%

vóór	na

15. Dit waren de grotere hartigheden. De volgende vraag gaat over de meer zoete produkten. Wat ik u wilde vragen is: hoe vaak gebruikte u in uw gezin de afgelopen week een van de volgende of soortgelijke produkten: cake, gebak, gevulde koek, amandelbroodje, boterkoek, een mars, chocoladereep o.i.d.? ENQ. Geef (opnieuw) kaart G

ENQ. het gaat hier om zaken die thuis gebruikt worden, dus b.v. een grote koek bij de koffie.

vóór	na		
18.9	21.3	0	= nul keer
34.0	28.9	1	= 1 x
15.7	16.0	2	= 2 x
7.8	10.2	3	= 3 x
5.9	4.0	4	= 4 x
2.6	1.3	5	= 5 x
2.0	.4	6	= 6 x
13.1	17.8	7	= 7 x en meer
100	100		

n = 153, resp. 225

16. Heeft u de laatste maand iets veranderd in uw eetgewoonten?

vóór	na			
14.3	36.8	1.	ja	→16a.
		2.	nee	→17

indien ja:

	vóór	na
16a. wat heeft u veranderd? minder vet	13.6	37.3
mov rijke prod.	-	14.4
.....		

n = 22, resp. 83

16b. was er een speciale aanleiding voor deze verandering?

90.9	97.6	1.	ja	→16c.
		2.	nee	→17

n = 22, resp. 83

16c. indien ja: wat was die aanleiding?

.....

.....

ENQ. spontane antwoord noteren. Niet dóórvragen.
Coderen: voorlichting genoemd of niet?

	72.8	1	voorlichting genoemd
		2	voorlichting niet genoemd

n = 81

17. De volgende vraag heeft ook wel een beetje met voeding te maken, maar op een wat andere manier. Wat ik u vragen wil, is:

a. Is uw gewicht de laatste maand met mèèr dan 1 kg toegenomen, met mèèr dan 1 kg afgenomen of ongeveer gelijkgebleven?

2.6	2.6	1	weet niet	
7.1	2.2	2	toegenomen	→b
78.4	81.3	3	gelijk gebleven	
11.7	13.7	4	afgenomen	→c

n = 153, resp. 225

b. indien toegenomen, wat is hiervan de oorzaak geweest?

.....

.....

c. indien afgenomen, wat is hiervan de oorzaak geweest?

.....

.....

ENQ. De volgende vragen alleen stellen wanneer de voorlichtingsbijeenkomsten hebben plaatsgehad!!!! Anders door naar vraag 28 op pag. 15.

18. U weet waarschijnlijk dat enige tijd geleden een diëtiste van de Hartstichting voor uw vereniging 2 bijeenkomsten heeft verzorgd en voorlichting heeft gegeven over juiste voeding in verband met hart- en vaatziekten.

a. Naar welke bijeenkomst bent u geweest; naar de lezing of naar de bijeenkomst waarop ook hapjes/maaltijden zijn klaargemaakt?

48	
52	
100	n = 225

1	L = Lezing
2	KB= "kookbijeenk"

18. b. Bent u geweest naar de bijeenkomst waarvoor u een uitnodiging had ontvangen?

86.6	
13.3	n = 225

1	ja
2	nee

c. indien nee, wat was de reden dat u naar de andere bijeenkomst ging?

.....

19. U heeft nu deze voorlichtingsbijeenkomst bijgewoond en ik zou graag van u horen wat u ervan vond. Ik geef u daarom een lijstje waarop telkens 2 eigenschappen tegenover elkaar staan.

Het is de bedoeling dat u door een kruisje aangeeft hoe u de bijeenkomst vond. Een voorbeeld: wanneer u vond dat de bijeenkomst prettig verliep, maar dat het toch wel prettiger had kunnen zijn, zet u een kruis bij b.v. het 2e vak van links dus ——•—X—•——•——•——
of wanneer u de bijeenkomst bijzonder onprettig vond, zet u een kruis rechts. ——•——•——•——•—X—

Wilt u nu zelf aangeven hoe u de bijeenkomst vond op deze punten?

ENQ. Overhandig enquête-formulier met potlood

De bijeenkomst vond ik:

L	KB			
4.37	4.47		°kennisverrrijkend	niet kennisverrijkend
4.62	4.29	*	zeer rommelig	zeer ordelijk
4.50	4.61		°zeer gezellig	zeer ongezellig
3.84	4.01		overvol (programma)	niet overvol (programma)

Ik voelde me bij de bijeenkomst:

4.64	4.46		°aktief betrokken	niet aktief betrokken

ENQ! Geef desgevraagd de volgende verduidelijking: met niet aktief betrokken wordt bedoeld dat de zaak a.h.w. langs u heen ging. Met aktief betrokken wordt bedoeld dat de zaak u echt bezighield.

° = omgecodeerd zó, dat hoe hóger de score des te positiever is het oordeel.
* dit verschil is significant ($0.02 < p < 0.05$).

L	KB

20 ENQ. Het gaat hier om de houding t.o.v. de boodschap v.d. Hartstichting.

Volgens de Hartstichting zouden we onze voeding op bepaalde punten moeten veranderen om de kans op een hartziekte te verminderen. De diëtiste heeft waarschijnlijk wel gezegd:

a. we zouden allemaal wat minder moeten eten, vooral minder tussendoortjes
Wat vindt u hiervan?
.....
.....

ENQ. Zo volledig mogelijk noteren. Achteraf invullen: houding t.o.v. dit boodschapelement is

L	KB		
84.3	79.5	1.	positief
15.7	16.2	2.	zowel positief als negatief
-	4.3	3.	negatief
100	100		

b. ook is gezegd dat we mèèr de magere melkprodukten zouden moeten gaan gebruiken en minder de volle melk, volle yoghurt, volvette kaas etc.
Wat vindt u hiervan?
.....
.....

ENQ. Zie a. Houding t.o.v. dit boodschapelement is:

L	KB		
50.9	52.1	1.	positief
36.1	25.6	2.	zowel positief als negatief
13.0	22.2	3.	negatief
100	100		

c. en hoe staat u tegenover het gaan gebruiken van produkten met mèèr meervoudig onverzadigde vetten, zoals diëetmargarine in plaats van gewone margarines en roomboter?
.....
.....

ENQ. Zie a. Houding t.o.v. dit boodschapelement is:

L	KB		
55.6	50.4	1.	positief
23.1	28.2	2.	zowel positief als negatief
21.3	21.4	3.	negatief
100	100		

d. de diëtiste heeft waarschijnlijk ook gezegd dat we minder vet vlees en vette vleeswaren zouden moeten gebruiken.
Wat vindt u hiervan?
.....
.....

ENQ. Zie a. Houding t.o.v. dit boodschapelement is:

L	KB		
69.4	62.4	1.	positief
25.9	26.5	2.	zowel positief als negatief
4.6	11.1	3.	negatief
100	100		

e. Wat is in het algemeen uw oordeel over wat de diëtiste vertelde?
.....
.....

ENQ. Zie a. Houding is

L	KB		
69.4	66.7	1.	positief
27.8	23.1	2.	zowel positief als negatief
2.8	10.2	3.	negatief
100	100		

n = 108, resp. 117
Verschillen niet significant.

L	KB	
84.5	89.7	21. a. Heeft u het groene receptenboekje (dat in het kwis-spel stond) meegenomen naar huis? [o] n = 97, resp. 117 — 1. ja → 22; 2. nee → 23 (KB), 25 (L)
75.9	86.5	b. en het gele boekje? n = 108, resp. 104[o] — 1. ja; 2. nee
7.3	19.0	22. Heeft u één van de recepten uit dat boekje later thuis geprobeerd? * n = 82, resp. 105 — 1. ja → 22b; 2. nee → 22c

b. hoe is dat bevallen? .....

.....

c. kunt u aangeven waarom niet? .....

.....

ENQ. Alleen voor diegenen die een KB hebben meegemaakt, anders →25.

KB		
	28.2	23. Heeft u één van de gerechten die u op de avond heeft gezien, later thuis zelf gemaakt? n = 117 — 1. ja → 23b; 2. nee → 23c

b. hoe is dat bevallen? .....

.....

c. kunt u aangeven waarom niet? .....

.....

KB		
	49.6	24. Heeft u op de bijeenkomst zelf ook iets klaargemaakt of helpen klaarmaken? n = 117 — 1. ja; 2. nee

7.92	8.09	25. Wanneer u nu alles bij elkaar overweegt en u zou een totaal oordeel over de bijeenkomst moeten geven in één cijfer, welk cijfer zou u dan geven? We rekenen, net als bij vroegere schoolcijfers, van 1 t/m 10. Cijfer = ...

[o] Eén diëtiste heeft bij de lezing niet de groene boekjes ter beschikking gesteld.
Eén diëtiste heeft bij de KB niet de gele boekjes ter beschikking gesteld.

* verschil significant ($0.02 < p < 0.05$)

ENQ. Alleen voor degenen die een L. hebben meegemaakt, anders naar 27.

26. U heeft nu een lezing meegemaakt. Wanneer u tevoren had kunnen kiezen tussen een bijeenkomst zoals u nu heeft gehad en een bijeenkomst waarop u eerst een kortere inleiding krijgt en daarna zelf diverse gerechten bereidt, waarheen zou u dan bij voorkeur zijn gegaan?

35.1		n = 108	1.	naar de lezing
59.2			2.	naar de "kook"bijeenkomst

ENQ. Alleen voor degenen die een KB. hebben meegemaakt

27. U heeft nu een bijeenkomst meegemaakt, waarop uzelf iets kon klaarmaken. Wanneer u tevoren had kunnen kiezen tussen een bijeenkomst zoals u nu heeft gehad en een bijeenkomst waarop u een uitgebreider lezing krijgt met uitgebreider discussie en vragen stellen, maar zònder dat u daarna zelf gerechten gaat bereiden, waarheen zou u dan bij voorkeur zijn gegaan?

	14.5	n = 117	1.	naar de lezing
	78.6		2.	naar de "kook"bijeenkomst

ENQ. Ga na of respondente al een vòòrmeting heeft gehad met de volgende vraag:

Bent u enige tijd geleden ook al bezocht door een enquêtrice die u ongeveer dezelfde vragen stelde ?

1.		ja	→ EINDE VRAAGGESPREK.
2.		nee	→ 28.

Indien ja: dan was dit het, wat ons betreft, mevrouw.
Mag ik u hartelijk danken voor uw medewerking!

28. We komen nu aan het laatste gedeelte van de vragenlijst.
Over de samenstelling van uw gezin hebben we het in het begin al even gehad. Mag ik u tenslotte nog een aantal dingen vragen over uzelf en uw gezin?

Wat is uw hoogst genoten schoolopleiding? .....

L	KB		
40,7	41,0	1.	L. = alleen lager onderwijs
38,9	39,3	2.	LV.= L + voortgezet algemeen vakonderwijs, op dag- of avondschool
12,0	7,7	3.	U = voortgezet algemeen onderwijs, (M)ULO, 3-jarige HBS, MAVO
5,6	3,4	4.	UV.= U + voortgezet (vak)onderwijs, op dag- of avondschool
-	1,7	5.	M = 5-jarige HBS, MMS, gymnasium, Lyceum, HAVO, Atheneum
-	,9	6.	MV.= M + voortgezet (vak)onderwijs, op dag- of avondschool
2,8	5,1	7.	HBO= hoger beroepsonderwijs als HTS, HEAO, Sociale of Pedagogische Akademie etc.
-	-	8.	S. = MO-akten, Accountancy etc.
-	,9	9.	H. = Universiteit en hogeschool
100	100		

Heeft u deze opleiding voltooid?

	wel voltooid
	niet voltooid
	volgt nog (studerend)

n = 108, resp. 117

29. En wat is de hoogst genoten schoolopleiding van uw man? .....

27,1	32,5	1.	L. = alleen lager onderwijs
33,6	34,2	2.	LV. = L + voortgezet algemeen (vak)onderwijs, op dag- of avondschool
12,1	5,3	3.	U. = voortgezet algemeen onderwijs (M)ULO, 3-jarige HBS, MAVO
15,0	13,2	4.	UV. = U + voortgezet (vak)onderwijs, op dag- of avondschool
2,8	3,5	5.	M. = 5-jarige HBS, gymnasium, Lyceum, HAVO, Atheneum
1,9	2,6	6.	MV. = M = voortgezet (vak)onderwijs, op dag- of avondschool
7,5	5,3	7.	HBO= hoger beroepsonderwijs als HTS, HEAO, Soc. of Ped.Akademie etc.
-	3,5	8.	S. = MO-akten, Accountancy etc.
-	-	9.	H. = universiteit en hogeschool
100	100		

Is die opleiding voltooid?

1.	wel voltooid
2.	niet voltooid
3.	volgt nog (studerend)

n = 107, resp. 114

ENQ. De volgende vragen stellen in onderstaande vorm als de man gezinshoofd (in economische zin) is. Anders in U-vorm.

75,9	65,0

30. Is uw man beroepsmatig werkzaam of niet?

1.	ja	→31
2.	nee	→30b

n = 108, resp. 117

b. Is uw man gepensioneerd, heeft hij tijdelijk geen werkkring, is hij studerend of is hij om andere redenen niet werkzaam?

46,2	43,9	1. gepensioneerd
3,8	4,9	2. geen werkkring
-	-	3. studerend
50,	51,2	4. anders, nl. .....
100	100	

n = 26, resp. 41

31. ENQ. Indien werkzaam, de volgende vragen in tegenwoordige tijd stellen; indien gepensioneerd of (tijdelijk) geen werkkring, de vragen stellen in de verleden tijd voor de laatste werkkring.

In welk soort bedrijf is/was uw man werkzaam, wat is/was daar zijn functie en hoeveel mensen werk(t)en er onder zijn leiding?

Soort bedrijf: .....
Functie : .....
Leiding over ..... personen

32. Is/was uw man als zelfstandige werkzaam, bij de overheid of ergens anders in loondienst?

L	KB
28.7	32.5
27.8	28.2
43.5	39.3
100	100

1. ☐ als zelfstandige 2. ☐ overheid 3. ☐ ergens anders in loondienst

1a. nl. ☐ landbouw
☐ tuinbouw
☐ gemengd bedrijf

Hoe groot is uw bedrijf?
..... ha.

1b. ☐ veeteelt
Hoe groot is uw veestapel?
..... stuks .....
..... stuks .....

1c. ☐ anders, nl. .....
.....

L	KB
12.0	20.6
16.7	22.2
30.6	17.9
25.0	27.3
15.7	12.0
100	100

ENQ. Welstandsklasse niet invullen!

Welstandsklasse	
AB-1	
C1-2	
C2-3	
D1-4	
D2-5	

n = 108, resp. 117

Dit was het, wat ons betreft, mevrouw. Mag ik u hartelijk danken voor uw medewerking!

ENQ. Noteer eventuele speciale opmerkingen over verloop van het gesprek hieronder: .....
.....
.....

BIJLAGE IVa

DE BIJ DE ENQUÊTE GEBRUIKTE KAARTEN

Lijst A.
Cholesterol is:

een bloedstolsel
een soort klierziekte
een hormoon
stof in suikervrije limonades
een soort vet in je bloed
vetachtige stof in bepaalde voedingsmiddelen
anders, nl. . . . . .

vraag 2

Lijst B. Risico-factoren.

1. roken
2. erfelijkheid
3. weinig lichaamsbeweging
4. cholesterolgehalte van het bloed
5. koffie drinken
6. opwindende gebeurtenissen, b.v. spannende voetbalwedstrijd of hevige ruzie
7. hoge bloeddruk
8. alcoholgebruik
9. teveel eten
10. fluor in het drinkwater
11. een drukbezet, gejaagd leven
12. verkeerde voeding
13. suikerziekte.

vraag 4

Lijst C. Uitspraken m.b.t. hartinfarct.

a. iedereen kan een hartinfarct krijgen; je kunt er nu eenmaal zelf niets aan doen.

b. je kunt wel proberen geen hartinfarct te krijgen, maar je hebt het maar voor een heel klein deel zelf in de hand.

c. je kunt zeker proberen geen hartinfarct te krijgen, maar je hebt het maar voor ongeveer de helft in de hand.

d. het is mogelijk zó te leven dat de kans op een hartinfarct gering wordt.

e. niemand hoeft een hartinfarct te krijgen; iedereen kan zó leven dat hij of zij geen hartinfarct krijgt.

vraag 5

Lijst D. Antwoordmogelijkheden.

Helemaal mee eens
Ongeveer juist
Niet helemaal juist
Helemaal niet mee eens

vragen 6, 9 en 11.

Lijst E.
minder eten
minder suiker en vet gebruiken
meer vet en suiker gebruiken
meer vlees eten
meer maaltijden per dag gebruiken
niet snoepen tussen de maaltijden
meer aardappels en brood eten

vraag 6a.

Kaart F. dieetmargarine is:

– een soort margarine met méér vitaminen dan gewone margarine
– een soort margarine met veel meervoudige onverzadigde vetten
– een soort margarine met de helft van het vet van gewone margarine
– een soort margarine met veel verzadigde vetten
– anders, nl. . . . . .

Lijst G. Antwoordmogelijkheden.
0 = nul keer
1 = 1x
2 = 2x
3 = 3x
4 = 4x
5 = 5x
6 = 6x
7 = 7x of meer
vragen 13, 14 en 15.

BIJLAGE V

FACTOR-ANALYSE: waarom en hoe?

Wanneer men beschikt over een betrekkelijk groot aantal variabelen, is interpretatie van de op al deze variabelen gevonden resultaten vaak moeilijk. Eén mogelijkheid om een groter aantal variabelen – hier uitspraken over preventie en het gebruik van voedingsmiddelen – te reduceren tot een kleiner aantal, is factor-analyse.

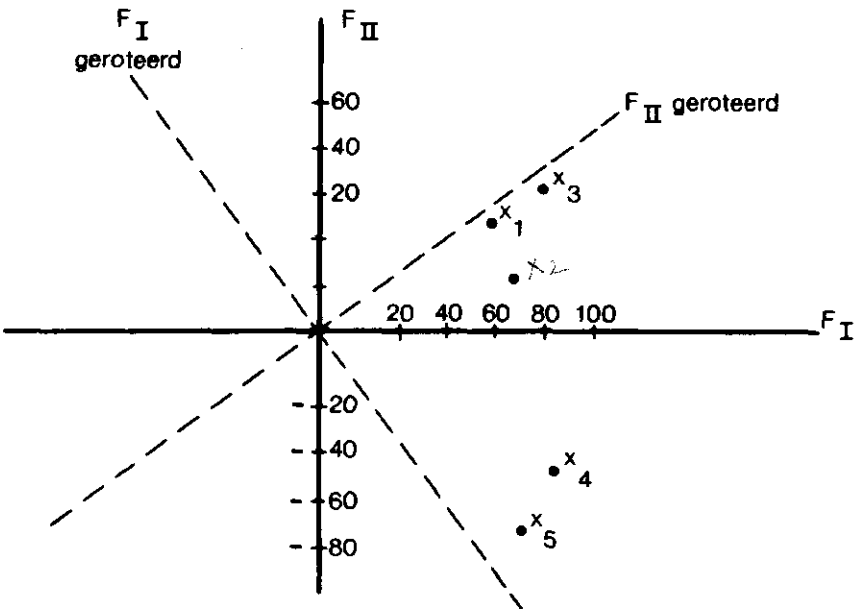
FACTOR : een denkbeeldige, niet-geobserveerde variabele, die als het ware te beschouwen is als het gemeenschappelijke element in een aantal variabelen.

De correlatie-coëfficiënt tussen de oorspronkelijke variabele en de denkbeeldige (de factoren) is de FACTOR-LADING. De matrix waarin de factorladingen van de afzonderlijke variabelen op de verschillende factoren zijn weergegeven is de FACTOR-MATRIX.

Men verkrijgt een groter overzichtelijkheid van het materiaal door alle variabelen die op één factor hoog laden – b.v. met lading > 0,40 – als één groep te beschouwen.

Een veelgebruikte vorm van factor-analyse die ook op ons materiaal is toegepast, is de *principale componenten (hoofdcomponenten)-analyse*. Hierbij verloopt het zoeken naar factoren als volgt: de 1e factor (F_I) wordt zodanig gekozen, dat de som van de gekwadrateerde factorladingen over variabelen maximaal is, dus $a^2 + b^2 + c^2 + \ldots + n^2$ = maximaal. Het kwadraat van de factor-lading is de gemeenschappelijke variantie tussen de factor en die variabele, m.a.w. het percentage variantie van de variabele dat door de desbetreffende factor 'verklaard' wordt. Gegeven F_I wordt gezocht naar F_{II} zó dat deze tweede factor zoveel mogelijk verklaart van de variantie-porties die nog overgebleven zijn, dus $a_2^2 + b_2^2 + c_2^2 + \ldots + n_2^2$ = maximaal etc.

Een bewerking die interpretatie nog verder vergemakkelijkt, is ROTATIE. Stelt men b.v. een situatie waarin vijf variabelen door 2 factoren kunnen worden gerepresenteerd, grafisch weer als volgt:



Er is hier sprake van twee groeperingen van variabelen, x_1, x_2 en x_3 enerzijds en x_4 en x_5 anderzijds. Interpretatie zou gemakkelijker zijn als elke groepering voor het grootste deel door slechts één factor bepaald zou worden. De stippellijnen geven die situatie aan; hierbij bezitten x_4 en x_5 zeer hoge ladingen op de (geroteerde) factor I en zeer lage op de (geroteerde) F_{II}. Het omgekeerde geldt voor de variabelen x_1, x_2 en x_3. Deze draaiing heet rotatie. Wordt geroteerd volgens het criterium van het maximaliseren van de varianties (varimax), dan ontstaat een factormatrix waarin per kolom zoveel mogelijk hoge èn lage ladingen voorkomen.

De hiervoor summier beschreven bewerkingen: principale componenten-analyse, gevolgd door varimax rotatie, zijn uitgevoerd op de 21 houdingsvariabelen in ons onderzoek. De analyse is uitgevoerd over de gegevens van de voormeting (n=153) en de nameting, uitgesplitst naar methode en het al dan niet voormeten zijn: NALVO (n=43), NALNV (n=65), NAKVO (n=42) en NAKNV (n=75).

Naast deze analyses over de 5 groepen afzonderlijk is een factor-analyse uitgevoerd over de gegevens van voor- en nameting tezamen (n=378). Bij deze factor-analyse over in totaal 6 groepen, bleek de structuur van de variabelen in grote lijnen overeen te komen. Dit maakte het mogelijk de factoren als 'meetinstrumenten' voor diverse vergelijkingen te gebruiken. Er is gewerkt met de 3-factoren oplossing van de analyse over het grootste aantal metingen (n=378, zie 4.2.2.).

ITER	VARIMAX
0	0.30274457
1	0.30687481
2	0.31386626
3	0.32565343
4	0.33188361
5	0.33201897
6	0.33201897

ROTATED FACTOR MATRIX

	1	2	3
1	0.0695	0.5645	0.0962
2	0.2769	0.2279	-0.1156
3	-0.0233	0.5108	0.1623
4	0.2517	0.4171	-0.1122
5	-0.0319	0.5279	0.0987
6	0.0556	0.1896	0.1944
7	0.2283	0.0144	0.0252
8	0.1617	0.3851	0.0185
9	0.0400	-0.0431	-0.4602
10	0.0675	0.1062	0.5430
11	0.1742	0.0679	0.0923
12	0.3162	0.1325	0.0399
13	0.0813	0.0921	-0.0333
14	0.4844	-0.0383	0.1409
15	0.4238	0.1624	-0.0926
16	0.1994	0.0600	-0.1076
17	0.5530	0.1835	0.2763
18	0.1051	-0.0419	0.0990
19	0.1247	0.1326	0.1209
20	0.7337	-0.0257	-0.0173
21	0.6388	0.1822	0.1003

VARIANCE COVERED BY EACH FACTOR

0.1002	0.0681	0.0371

Het percentage totaal geëxtraheerde variantie is niet hoog (20,5%). De percentages 'verklaarde' [1] variantie van de andere, kleinere groepen liggen belangrijk hoger:

1. BRAND KOOLEN wijst m.i. terecht op het onjuiste van de term 'verklaard'. Aangezien een factoranalyse niets zegt over causale relaties tussen variabelen en bovendien slechts op de ingevoerde variabelen betrekking heeft, verdient de term 'geëxtraheerd' wellicht de voorkeur.

voor NALVO met n=43 bij 3 factoren op 35,1%, bij 5 factoren op 45,2%
voor NAKVO met n=42 bij 3 factoren op 32,1%, bij 5 factoren op 46,5%
voor NALNV met n=65 bij 3 factoren op 32,7%, bij 5 factoren op 41,4%
voor NAKNV met n=75 bij 3 factoren op 27,7%, bij 5 factoren op 36,6%

Wij hebben gekozen voor de 3-factoren als boven weergegeven i.v.m. het niet voorkomen van ambigue variabelen (hoogladend op 2 of meer factoren), de interpretatiemogelijkheid èn het feit dat deze structuur globaal overeenkomt met de 3-factoren oplossingen van de overige subgroepen.

De factoren zijn als volgt te beschrijven:

Factor I bestaande uit uitspraken 14, 15, 17, 20 en 21 (zie 4.2.2.) geeft de houding t.a.v. volle, resp. magere melkprodukten weer.

Factor II, uitspraken, 1, 3, 4 en 5, heeft betrekking op de visie ten aanzien van preventie, en factor III, weer te geven door slechts 2 variabelen, geeft de houding t.o.v. dieetmargarine weer.

De factoren I en III geven dus duidelijk attitudes tegenover bepaalde produktsoorten weer. Het is in dit geval begrijpelijk dat bepaalde items 'eruit' vallen, d.w.z. op geen enkele factor hoog laden, zelfs niet bij extractie van vijf factoren. Voorbeelden zijn variabele 6 ('roken is schadelijk voor je hart') en variabele 19 ('voor kinderen is elke dag een glas frisdrank hoogst ongezond'). Het zijn de enige uitspraken die ingaan op:

– het verband roken x hart- en vaatziekten;
– (on)gewenstheid van suiker in voedingsmiddelen.

Factoren waarvan men zou willen dat ze de houding van respondenten tegenover deze aspecten aangaven, zouden door veel meer uitspraken (variabelen) geïndiceerd moeten worden.

1. BIJNEN, E. J., Cluster-analysis, Tilburg, Un. Press, 1973.
2. BRAND-KOOLEN, M. J. M. Factor-analyse in het sociologisch onderzoek, Leiden, Stenfert Kroese N.V., 1972.
3. NUNALLY, J. C., Psychometric theory, New York, McGrawHill Book Comp., 1967.
4. WOLLENBERG, A. v.d., Syllabus data analyse, dl. III. Correlationeel design, Psych. Lab., Kath. Universiteit Nijmegen, 1973 of 1974.

BIJLAGE VI

Voedings-score (gebaseerd op vraag 12 t/m 15)

Code	Score		
1	−1	karnemelk	
	−1		
2	−1	magere yoghurt	
1	−1	volle yoghurt	
4	+1	20^+ kaas	
2	0	40^+ kaas	
1	−1	volvette kaas	
4	+2	magere melk	
2	+1	halfvolle melk	
1	−2	volle melk	
2	+2	magere kwark	
1	0	(room)kwark	
0,1	+1	eieren	minder dan 1,5 ei per consumptie-eenheid per week
2	1		1,5-2,5 „
3	−1		2,5-3,5 „
4	−2		3,5-3,4 „
5,6,7,8	−3		meer dan 4,5 „
9	0		
1	−1	volle koffiemelk	
2	0	halfvolle koffiemelk	
4	+1	koffiemelk, rijk aan m.o.v.	
1	−1	roomboter	
1	0	halvarine, verzadigd	
2	+1	40-45% m.o.v.	
4	+2	60-65% m.o.v.	
1	−1	margarine, verzadigd	
2	+1	40-45% m.o.v.	
4	+2	60-65% m.o.v.	

Totale hoeveelheid 'zichtbare vetten' in de vorm van margarine, bak- en braadvet, halvarine (vraag 12 k), waarbij halvarine gehalveerd wordt.

1	+1	minder dan 0,5 pakje/kuipje per consumptie-eenheid per week
2	0	tussen 0,5 en 1 pakje/kuipje per c.e. per week
3	−1	tussen 1 en 1,5 pakje/kuipje per c.e. per week
4	−2	tussen 1,5 en 2 pakjes/kuipjes per c.e. per week
5	−3	2 of meer pakjes/kuipjes per c.e. per week
1	−1	sla-olie, onbekend merk of geen vermelding
2	+1	rijk aan m.o.v. (mais-, saffloer-, druivenpitolie etc.)
9		

01	−1	slasaus onbekend
02	0	5% sla-olie (sla-slank)
04	0	25% olie
08	−1	35% olie
16	−2	50% olie zonder m.o.v.
32	0	50% + m.o.v. Becel dressing
99	0	
1	−1	mayonaise, 80% vet, zonder verhoogd m.o.v.
2	0	80% vet, met verhoogd m.o.v. (zonnebloemmayonaise)
9	0	
		Hartigheden zoals chips, pinda's, zoutjes o.i.d. (vraag 13)
0	+1	frequentie in gezin: 0x
1	0	frequentie in gezin: 1x
2,3	−1	frequentie in gezin: 2 of 3x
4,5	−2	frequentie in gezin: 4 of 5 x
6,7	−3	frequentie in gezin: 6 of 7x in de week, of meer
		Hartigheden zoals frikandel, croquet, patates frites, nasi bal o.i.d. (vraag 14)
0	+1	frequentie in gezin: 0x
1	0	frequentie in gezin: 1x
2,3	−1	frequentie in gezin: 2 of 3x
4,5	−2	frequentie in gezin: 4 of 5x
6,7	−3	frequentie in gezin: 6 of 7x of meer
		De 'grotere' zoetigheden zoals cake, gebak, gevulde koek, amandelbroodje, boterkoek, mars, een choc. reep o.i.d. (vraag 15)
0	+1	frequentie in gezin: 0x
1	0	frequentie in gezin: 1x
2,3	−1	frequentie in gezin: 2 of 3x
4,5	−2	frequentie in gezin 4 of 5x
6,7	−3	frequentie in gezin: 6 of 7x of meer

Gedragsscore II: Verandering in (beweerde!) eetgewoonten.

Rubriek 109 (vraag 16a: wat heeft U veranderd?)

Code	Score	
01	+3	minder vet
02	+2	minder suiker
04	+3	overgegaan op m.o.v. rijke produkten
08	+3	minder eieren
16	+3	minder lever en andere cholesterol-rijke produkten
32	+1	overige
99	0	geen verandering

BIJLAGE VII

(Andere) meningen over de inhoud van de voorlichting (zie 6.5.2.2.)

De opmerkingen die als illustratie worden gebruikt, zullen worden genummerd in volgorde van noemen, dit om bij de korte besprekingen tussendoor terugverwijzen te vergemakkelijken; nummers tussen ( ). Het is m.i. weinig zinvol alle gemaakte opmerkingen klakkeloos te vermelden, temeer omdat vele gelijksoortige opmerkingen voorkomen. Ik heb geprobeerd door enige ordening per inhoudsonderdeel het geheel iets inzichtelijker te maken. Dit houdt in dat zeer persoonsgebonden opmerkingen en (onvolledige) opmerkingen waarvan de strekking niet duidelijk is, niet zijn vermeld.

a. *Argumenten tegen het matigen van tussendoortjes,* anders dan 'n.v.t. op eigen situatie' en 'verlies van gezelligheid'. Deze opmerkingen zijn bijeengevoegd onder 'andere redenen' omdat voor bundeling het aantal uitspraken telkens vrij gering is. Toch komen in de nu volgende opmerkingen een tweetal facetten herhaald naar voren:
1. matigen is niet nodig als je er maar niet dik van wordt, als je maar genoeg lichaamsbeweging hebt.
Voorbeelden: 'afhankelijk van je eigen lichaam, je eigen gestel' (1)
'hangt ervan af of je gemakkelijk dik wordt' (2)
'het is maar een halve waarheid, het mankeert aan lichaamsbeweging' (3)
2. Het zou wel moeten, dat minderen maar het is zo moeilijk. Wijzen opmerkingen van dit soort erop dat men de noodzaak tot matigen niet echt ziet of op de sociale functie die het gebruik van tussendoortjes heeft, waardoor reductie verlies van o.a. gezelligheid inhoudt (zie tweede set redenen)??
Voorbeelden: 'ze heeft gelijk, maar het is wel moeilijk' (4)
'het is wel zo, maar het is zo lekker' (5)
'met een gezin is het moeilijk je eraan te houden' (6)
Enkele opmerkingen combineren beide aspecten: 'mee eens, maar het is wel moeilijk in de praktijk, hangt ook van je activiteit af'.
Eén respondente verzucht: 'ge mag toch wel eens wat eten' (8)

b. *Argumenten tegen het gebruik van meer magere i.p.v. volle zuivelprodukten,* anders dan 'n.v.t. op eigen situatie' en 'mindere smaak'. Ook hier zijn in de opmerkingen wel enkele tendensen waar te nemen. Vrij algemeen is de opvatting:
1. Voor kinderen en jonge volwassenen is volle melk beter, mensen op leeftijd – men denkt dan aan de middelbare leeftijd – moeten wel een beetje op het vet gaan letten. Er zijn 16 opmerkingen met een dergelijke strekking gemaakt. Hoewel niet iedereen redenen voor deze differentiatie opgeeft, lijkt dit bij de meesten te zijn de geringere activiteit die men ouderen toeschrijft.
Voorbeelden: 'werkende mensen en kinderen hebben volle melk nodig' (1)
'jonge mensen moeten volle produkten gebruiken i.v.m. het harde werken' (2)
2. Een tweede categorie binnen de overige opmerkingen is te kenschetsen als:
je kunt gerust de volle melkprodukten gebruiken als je
a. hard werkt, veel lichaamsbeweging hebt;
b. met alles verder maar wat matig bent.
Opmerkingen als: 'bij genoeg lichamelijk werk is het niet erg' (3)
komen 5x voor, en zoals: 'ben ik niet zo voor, laat maar wat tussendoor staan' (4)
zeven keer.
3. Binnen een derde categorie komt duidelijk de positie van de boer naar voren. Deze opmerkingen worden door zowel veehouders als niet rechtstreeks economisch betrokkenen gemaakt, hoewel deze respondenten dan wel wonen in een overigens agrarisch gebied: totaal worden nl. 9 opmerkingen van een dergelijke aard als hierna weergegeven, gemaakt, maar alle 9 in de drie meest agrarische gemeenten. Opmerkingen in deze categorie zijn:

'vind het juist, maar boeren mogen het best' (zelf geen boerderij) (5)
'voor die ziekte zal het wel zo zijn, maar anders ben ik het er niet mee eens; waar moet je dan met die melk heen?' (6)
'de diëtiste weet het beter, maar je moet het maar geloven. Ik vind het moeilijk te begrijpen, want bij de boeren is het zo: hoe vetter de melk hoe duurder' (zelf niet-veehouder). (7)
4. Een laatste als zodanig te onderscheiden categorie is m.i. die waarin men het advies meer magere melkprodukten te gebruiken duidelijk bedoeld ziet voor de dikkerds.
Van de totaal 12 opmerkingen in die geest zijn een aantal gerangschikt onder 'n.v.t op eigen situatie', b.v.
'afhankelijk van hoe snel je dik wordt, in ons eigen gezin niet nodig' (8)
'wel voor dikke mensen, maar niet voor ons, we eten toch al niet veel' (9)
Andere opmerkingen in deze categorie waaruit niet direct blijkt of respondenten dit al of niet op zichzelf betrekken, zijn:
'vooral voor mensen die aanleg hebben om dik te worden' (10)
'de een wordt er dik van, de ander niet; ieder voor zich moet dit onder controle nemen' (11)

Uit een aantal hierboven gemaakte opmerkingen blijkt al wel hoe moeilijk sommige opmerkingen zich in één categorie laten rangschikken. Opmerking (9) b.v. heeft het deel van de argumentatie van de tweede categorie in zich 'als je verder maar matig bent'. Een opmerking waarin nog meer facetten betrokken worden, is b.v.
'als je te dik bent, zal het wel goed zijn (cat. 4), hebben eigen melk (cat. 3), bij genoeg lichamelijk werk zoals wij op de boerderij hebben (cat. 2) is het niet erg. We zijn er niet voor' (12)

Redenen die iets te maken hebben met de beschikbaarheid worden door slechts drie respondenten genoemd, nl.
'ze zijn hier wel te krijgen, SRV-kar heeft ze niet' (13)
'ik kan goedkoop boerenmelk krijgen; vind de prijs wel een bezwaar' (14)
'we zijn overgegaan op 20+ kaas. Kun je hier niet krijgen, daarvoor moet je naar A' (=dichtstbijzijnde grote plaats op 15 km). (15)

c. *Argumenten tegen het gaan gebruiken van produkten met meer meervoudig onverzadigde vetzuren, anders dan 'te duur' en 'nog niet bewezen'.*
1. Bij de totaal 56 tegenargumenten die onder 'overige redenen' zijn gerekend, is bij ongeveer een derde duidelijk dat respondentes het hebben over halvarines i.p.v. dieetmargarines. Uit de andere opmerkingen is niet zonder meer op te maken of aan deze respondentes het onderscheid – waaraan alle diëtistes ruim aandacht besteden – wél duidelijk is.
Opmerkingen waaruit m.i. blijkt dat respondente het over halvarine heeft zijn o.a.:
'wel mee eens, want te vet gegeten wordt er wel' (1)
'wordt nu gezegd, dat dat zo goed is, maar ik word er zelf niet magerder van' (red. van Era)
'voor degenen die te zwaar zijn, is het beter' (3)
'ik gebruik het al, gebruik alles wat mager is' (4)
Totaal 15 opmerkingen gaan in deze richting, terwijl daarnaast nog drie mensen opmerken:
'wel voor brood, niet voor bakken en braden'. (5)
In deze laatste drie gevallen is niet zeker of de dames inderdaad halvarines bedoelen omdat ook van dieetmargarine wordt gezegd dat braden, zeker de eerste keren, erg onwennig gaat.
2. Een tweede categorie binnen de overige opmerkingen is de groep van totaal 12 respondentes die aangeven de smaak van roomboter dan wel de eigen margarine te prefereren boven die van Becel of andere dieetmargarines. Opmerkingen in die trant zijn:
'-koffiemelk geprobeerd, was minder lekker' (6)
'ik blijf roomboter en gewone margarine gebruiken, vind ik lekkerder' (7)

'die dieetmargarine is ook niet zo smakelijk' (8)
'ik ben gek op roomboter' (9)
3. Een derde categorie vindt dat we beter wat minder boter of margarine kunnen gebruiken dan over te gaan op dieetprodukten, getuige opmerkingen als:
'beter gewone boter, maar iets minder' (10)
'bij een goede, niet te vette voeding is dat niet nodig' (11)
'beter geen boter dan dieetmargarine, beter wat minder eten' (12)
Gebruik liever wat minder van de gewone merken' (Red. = halvarine en margarine 40-45% + verzadigde) (13)
Dit soort opmerkingen noteerden we acht keer.
4. Eén keer minder vaak kwamen opmerkingen voor waarbij respondentes aangaven dat ze wel op dergelijke produkten zouden overgaan op doktersadvies, bijvoorbeeld in verband met ziekte.
Opmerkingen zijn b.v.:
'ben het er niet mee eens, als dokter het zegt, wel' (14)
'als het nodig zou zijn voor ziekte, dan pas' (15)
'voor gezonde mensen niet nodig' (16)

Ook hier geven drie respondentes aan dat voor hardwerkenden dergelijke produkten niet nodig zijn. Vermoedelijk heeft dieetmargarine ook voor hen nog steeds de associatie 'minder vet'. Eén boerin zegt gedecideerd dat ze zich door de voorlichting niet laat beïnvloeden, een ander geeft de voorlichting iets meer krediet en zegt optimistisch:
'baat het niet, dan schaadt het niet' (17)

d. *Argumenten tegen het gaan gebruiken van minder vet vlees en vette vleeswaren,* anders dan 'n.v.t. op eigen situatie' en 'te duur'.

Een groot deel van de 'overige redenen', nl. 10 van de 26 opmerkingen heeft betrekking op de smaak. Tien dames uiten hun voorkeur voor iets vetter vlees met opmerkingen als:
'ik lust liever vet vlees, en dus eten we dat' (1)
'vlees is niet zo lekker als het erg mager is' (2)
'varkensvlees is toch wel lekkerder dan rundvlees' (3)

De overige redenen zijn veelzijdig. Drie keer wordt gezegd dat het zo moeilijk te verwezenlijken is, waarbij niet duidelijk is of dit slaat op de kosten of op de variatiemogelijkheden. Op dit laatste aspect slaan wel drie opmerkingen als
'afwisselen in de praktijk' (4)
'afwisseling is het beste, regelmatig van alles wat binnenkrijgen' (5)

Matiging is niet nodig voor wie hard werkt, is de strekking van opnieuw drie opmerkingen:
'voor ons zeer goed, maar iemand die hard moet werken, mag gerust wat hebben' (6)
Twee respondentes geven eenvoudig aan dat ze het niet zo nodig vinden, twee anderen zeggen eigenlijk hetzelfde door de situatie nu te vergelijken met vroeger:
'vroeger wel, de mensen eten nu vanzelf al minder vet, dat halen ze eraf' (7)
Uit de twee opmerkingen die hier als laatste worden weergegeven, blijkt welke problemen het hebben van voorraden kan opleveren:
'we hebben nog zoveel in de diepvries, maar alles is te vet'
(red. ontdekt n.a.v. voorlichting) (8)
'soms wat vet niet erg, we hebben eigen slacht' (9)

e. *Totaaloordeel* over wat de diëtiste vertelde.

Aanzienlijk meer dan de helft van de nagemeten personen, nl. 68%, heeft een positief eindoordeel = eerste hoofdgroep.

Jammer genoeg geeft een groot deel van de respondenten niet aan op welke overwegingen dit positieve oordeel is gebaseerd: van 45 respondenten is door de enquêtrice geen enkele opmerking aan het 'goed' of 'prima' toegevoegd. Toch is wel te concluderen dat de bijeenkomsten met name zijn gewaardeerd om hun informatieve karakter. Opmerkingen als: leerzaam, zeer interessant, goed voor je kennis, komen totaal 45 keer voor. Enkele formuleringen:
'mooi uitgelegd, de mensen konden het allemaal begrijpen' (1)
'gaf hele goede inlichtingen' (2)
'leerzaam, heb er wel wat van opgestoken' (3)

Een zeventiental dames geeft specifiek aan wat zij aan nieuwe kennis hebben opgedaan:
'wel mee eens, wel wat nieuws gehoord, b.v. dat lever zoveel cholesterol bevat' (4)
'goed, erg veel nieuws opgestoken. Heb m'n man de boekjes laten lezen; hij eet nu niet meer elke dag in de kantine zijn broodje lever' (5)
'leuk, vooral het relativeren, zoals: geniet van een gebakje, maar maak er geen gewoonte van' (6)

De volgende kenniselementen worden genoemd: vet in het algemeen, minder eten (5x), cholesterol (4x), lever (3x), matigheid (3x), eieren (1x), meervoudig onverzadigde vetzuren (1x).
Een zevental dames is volledig positief over de voorlichting, maar uit de erbij gemaakte opmerkingen lijkt dit voornamelijk voor anderen te zijn:
'wel nuttig, zelf al met veel bekend; wij gebruiken niet zoveel, maar in deze dorpsgemeenschap is het heel nuttig voor veel mensen die er te goed van leven' (7)
'erg belangrijk, want de meeste mensen weten niet precies hoe het in elkaar zit' (8)

In de overige genoteerde opmerkingen komt men vaak te gen: het zal wel goed zijn, waar zijn o.i.d.
Enkele wat uitgebreider opmerkingen geven indicaties dat men toch niet alleen iets méer meent te weten, maar ook hiermee wel iets kan en wil doen:
'ik vond het prettig, goede dingen, waar je eens aan moet denken. Leuke ideeën om te combineren' (9)
'Leerzaam, heb het toegepast ook, ben halfvolle melk gaan gebruiken en we smeren dunner' (10)

De tweede hoofdgroep bestaat uit gemengde antwoorden: wel goed, maar

De meest voorkomende categorie binnen de bedenkingen is dat de veranderingen moeilijk uitvoerbaar zijn (10x genoemd). Waarom dit zo is, wordt niet altijd expliciet gemaakt, maar als belangrijkste tegenkracht voert men aan dat het veranderingen zijn die ingrijpen in wat men nu eenmaal zo gewend is, en dat is niet gemakkelijk:
'die legde het wel goed uit (= diëtiste) maar om het op te volgen; je doet zoals je opgevoed bent' (1)
'goed maar het is niet altijd te verwezenlijken, met een gezin en opgroeiende kinderen. Het geeft een richtlijn; als er mannen bij betrokken waren en kinderen, dat zou niet zo gek zijn' (2)
'ze heeft wel gelijk, maar met een groot gezin, waar met zovelen rekening te houden is, is het onmogelijk alles ineens te veranderen' (3)
Slechts één respondente noemt het budget als beperkende factor.

Een tweede categorie vindt de avonden wel goed, maar heeft moeite met de nadruk waarmee op veranderingen wordt aangedrongen; ook vinden sommigen de benadering beangstigend:
'alles een beetje teveel benadrukt, vooral het magere. Het kwam een beetje angstaanjagend over' (4)

'of het altijd zo strak moet worden doorgevoerd, is de vraag, maar het is goed erop gewezen te worden' (5)
'mee eens, maar het is beter alles met mate te eten, dan het voedingspakket ineens te veranderen' (6)
'mee eens, maar voeding is niet de enige oorzaak van hart- en vaatziekten' (7)

Een aantal respondenten ziet wel iets in wat er gezegd wordt, maar duidelijk alleen in speciale gevallen:
'sommige dingen zijn goed, maar als mensen hard moeten werken en ze krijgen dat slappe eten, dan hebben ze er niet voldoende aan' (8)
'veel is ervan waar; geldt niet voor iedereen. Je neemt ervan mee wat voor jezelf van toepassing is' (9)

De derde groepering bestaat uit personen die zeggen het wel een goede, leuke avond gevonden te hebben, maar er zelf niet veel nieuws geleerd te hebben (8x duidelijk geformuleerd).

Een viertal dames wijst erop dat je eigenlijk eerst met een hartinfarct o.i.d. geconfronteerd moet worden om er rekening mee te gaan houden:
'over het algemeen heeft ze gelijk; wanneer er echter ziekte in een gezin optreedt, spreekt zoiets meer aan en ga je erop letten' (10)

De derde hoofdgroep bestaat uit de 15 respondentes die een negatief eindoordeel over de bijeenkomst uitspraken. Een aantal van hen geeft zonder nadere uitleg aan dat ze het er niet mee eens zijn; anderen hebben uiteenlopende redenen:
– niet voor mensen die hard werken (3x)
  'als je hard werkt, mag je gerust gewoon eten, niet te overdadig' (1)
– je mag niets meer eten zo (3x)
  'als je alles zou doen wat de diëtiste zegt, mag je niets meer eten' (2)
Een combinatie van (1) en (2):
  'mensen die niet veel werken moeten rekening houden met wat ze eten. Voor de anderen geldt dit niet. Bovendien wordt het te eenzijdig; je mag op het laats niets meer eten' (3)
– twijfel aan de juistheid van de informatie (3x)
  "t zal allemaal wel goed zijn. Over een paar jaar zeggen ze vast wel weer wat anders' (4)

Dat het moeilijk is veranderingen door te voeren als het thuisfront niet het nut inziet, blijkt o.a. uit de volgende twee opmerkingen:
'en dan serveer je halvarine en dan zegt je man: smeer maar tegen het behang. Volgens mij zouden ze ook de mannen moeten voorlichten' (5)
'm'n man wilde niet dat ik de recepten opvolgde. De receptenboekjes moesten in de kachel worden gegooid' (6)

Een tegenkracht uit andere hoek wordt gemeld door een respondente die meedeelt dat ze na de voorlichting haar huisarts heeft gevraagd of ze voortaan inderdaad haar twee naar hun werk fietsende tienerkinderen geen 2 eieren op brood mee zou geven:
'de dokter heeft gezegd dat het niet nodig was om dat te laten, want dat ze anders de kracht verliezen om hun werk te kunnen doen' (7)

BIJLAGE VIII.

BESTUURSENQUÊTE

1. Hoe stond U als bestuur tegenover het idee 2 gesplitste bijeenkomsten te houden? (dus vóórdat de bijeenkomsten plaatsvonden).

2. Waren er binnen Uw bestuur dames, die met het idee van de opsplitsing méér moeite hadden dan anderen?
   ☐ JA
   ☐ NEE

2a. Indien ja, hoe lag ongeveer de verhouding in aantal tussen bestuursleden, die positief t.o.v. het idee stonden en degenen, die er negatief of in elk geval erg huiverig tegenover stonden? ..... personen positief
   ..... personen negatief
   ..... personen geen uitgesproken mening

3 Hoe staat U als bestuur achteraf tegenover de opsplitsing? (meegevallen, tegengevallen, verliep prima, hadden niets anders verwacht, etc.)

4. Leverde de indeling van Uw leden in personen, die:
   a. altijd of bijna altijd, b. een enkele keer en c. zelden of nooit komen, problemen op?
   ☐ JA, nl. .....
   ☐ NEE

5. Arriveerden de uitnodigingen: ☐ te vroeg
   ☐ op tijd
   ☐ te laat

6. Is het, voor zover U weet, voorgekomen, dat één of meer van Uw leden geen uitnodiging hebben ontvangen?
   ☐ JA
   ☐ NEE

7. Heeft U als bestuur reacties gehad van Uw leden nadat deze de uitnodiging voor één van de twee bijeenkomsten hadden ontvangen?
   ☐ JA
   ☐ NEE

7a. Indien ja, hoeveel leden hebben in totaal gereageerd?
   ..... leden.

7b. Wat waren hun reacties? (vragen, commentaar, kritiek, opmerkingen?)

8. Heeft U over het feit, dat de beide bijeenkomsten niet volledig hetzelfde waren, achteraf van Uw leden reacties ontvangen?
   ☐ JA
   ☐ NEE

8a. Indien ja, van hoeveel leden? .....

8b. Wat waren hun reacties?

9. Hoeveel bestuursleden hebben beide bijeenkomsten bijgewoond? .....

De volgende vraag geldt alleen voor die bestuursleden, die beide bijeenkomsten hebben bijgewoond:

9a. Welk soort bijeenkomst zoudt U adviseren aan een vereniging, die een dergelijke voorlichtingsbijeenkomst voor de eerste keer op het programma wil plaatsen?

- [ ] geen van beide
- [ ] de lezing
- [ ] de 'kook'bijeenkomst (hapjes)
- [ ] anders, nl. .....

9b. Waarom?

We kunnen ons voorstellen, dat het niet altijd mogelijk is deze vragen met het voltallige bestuur te beantwoorden.

10. Van hoeveel bestuursleden is de mening in de beantwoording van deze vragen opgenomen? Van ..... van de .....bestuursleden.

Eventuele overige opmerkingen:

BIJLAGE IX

DE SAMENHANG TUSSEN KENNIS-, HOUDINGS- EN GEDRAGSVARIABELEN I

In analyse en rapportage tot nu toe is steeds gesproken van afzonderlijke kennis-, houdings- en gedragsvariabelen en de effecten van de voorlichting op deze variabelen zijn apart nagegaan. Deze weergave, terwille van de overzichtelijkheid zo uitgevoerd, suggereert dat de 3 soorten variabelen onafhankelijk van elkaar zijn. Dit mag men echter niet a priori aannemen.

Een aanbod tot het uitvoeren van een analyse waaruit eventuele samenhangen naar voren zouden komen, werd gedaan door één van de critici van het concept-verslag, drs. J. van Rijckevorsel, afd. Datatheorie, RU Leiden. De uitgevoerde analyse-techniek behoort tot een reeks programma's die gebruikmakende van het door YOUNG en DE LEEUW ontwikkelde ALS-algorithme als doel hebben homogeniteit tussen proefpersonen en categorische variabelen te maximaliseren in een ruimte van zo laag mogelijke dimensionaliteit (DE LEEUW, et al., 1975). De naam van deze programma's, HOMALS, is afkomstig van HOMogeneous Alternating Least Squares. Op (een deel van) de gegevens uit het tweede deelonderzoek is een analyse uitgevoerd volgens Homals 3, een variant die ook andere dan categorische variabelen toelaat (DE LEEUW, 1973). De variabelen worden volgens restricties, afhankelijk van hun meetniveau getransformeerd ('optimal scaling', NISHISATO, 1972, 1973). De kern van de techniek bestaat uit het minimaliseren van het verschil tussen deze transformaties en een schatting in kleinste kwadraten zin van een ECKHART-YOUNG decompositie van de getransformeerde data, waarbij de minimalisatie alternerend over de transformatie bij vaste geschatte decompositie en over de decompositie bij vaste transformaties plaatsvindt.

De analyse is uitgevoerd op de gegevens van 195 (van de 293) respondenten, dit in verband met een door het programma gesteld maximum van 200 ppn. Om dezelfde reden is ook het aantal houdingsuitspraken van 21 teruggebracht op 20 (uitspraak 6 vervalt). De geanalyseerde gegevens zijn afkomstig van de groepen dubbelgemeten respondenten (n=85) met de alleen nagemeten personen (n=140). Van deze 225 ppn. zijn 30 willekeurige personen niet in de analyse betrokken.

Bij de presentatie van de resultaten zullen achtereenvolgens weergegeven worden:

a. de ingevoerde variabelen met hun oorspronkelijke categorieën en de transformatie hiervan;
b. de transformatie-schalen, waarvan men gemakkelijker (dan van de transformatie-scores) kan aflezen welke categorieën zich van elkaar onderscheiden of overeenkomen;
c. de matrix en de grafische weergave van de driedimensionale oplossing.

Resultaten

a. De ingevoerde variabelen

	aantal	cat.(scores)	transformaties
Kennis van risico-factoren	4	0	-1.134
(Kennis I, ordinaal)	39	2	- .815
	99	4	.144
	53	6	.416
	195		
Kennis van preventie-mogelijkheden via voeding	17	0	-2.054
(Kennis II, ordinaal)	178	2	.196
Kennis van de samenstelling	1	13	-2.845
van voedingsmiddelen	3	15	
(Kennis III, ordinaal)	4	17	-1.547
	4	18	-1.388
	6	19	-1.366
	12	20	- .887
	16	21	- .388
	12	22	
	13	23	.102
	13	24	.214
	19	25	.236
	18	26	
	15	27	.260
	25	28	.411
	13	29	.549
	12	30	.703
	3	31	
	6	32	.932

Gedrag m.b.t. gebruik van voedingsmiddelen (Gedrag I, ordinaal)	aantal	cat.(scores)	transformaties
	1	14	-2.207
	1	17	
	3	18	-1.605
	4	19	
	6	20	-1.570
	6	21	-1.484
	8	22	-1.195
	6	23	-1.005
	9	24	- .910
	6	25	- .841
	9	26	- .498
	4	27	- .466
	11	28	- .186
	12	29	
	15	30	.173
	13	31	.269
	14	32	
	12	33	.590
	7	34	.611
	12	35	
	9	36	.796
	4	37	
	7	38	.954
	5	39	
	4	40	
	3	41	.957
	2	42	1.004
	2	44	1.051

Houding.
Op basis van de 20 houdingsuitspraken (zie p. 67) zijn m.b.v. een Homals 1 programma twee houdingen geformuleerd, die in grote lijnen overeenkomen met de eerste twee op basis van de factor-analyse geformeerde houdingen (tegenover magere resp. volle melkprodukten en tegenover preventiemogelijkheden).
Door deze bewerkingen is het meetniveau van beide houdingen te beschouwen als interval; weergave van de transformatiescores is weinig zinvol in dat geval (v.b. houding I: 192 transformaties voor 195 ppn).

Ook het voorgemeten, dan wel niet-voorgemeten zijn en het feit of men naar lezing dan wel kookbijeenkomst is geweest, is als variabele ingevoerd. Ook hier zijn dus – de volgende – transformaties van bepaald.

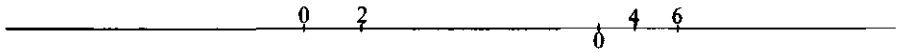
Voorgemeten/niet-voorgemeten (nominaal)	aantal	cat.	transformaties
	73	1=wel voorgemeten	-1.085
	122	2=niet voorgemeten	.649

Van de 85 dubbelgemeten respondenten bevonden zich er 73 in de analyse; van de 140 alleen nagemeten respondenten 122.

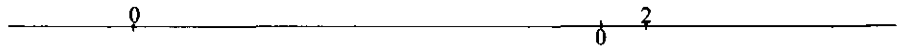
Koken/lezen (nominaal)	aantal	cat.	transformaties
	94	1=naar lezing geweest	- .236
	101	2=naar kookbijeenkomst geweest	.220

b. De transformatieschalen

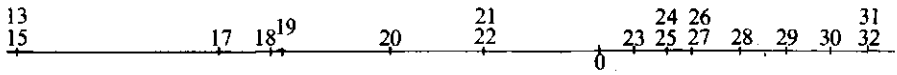
Kennis van risico-factoren



Kennis van preventie-mogelijkheden

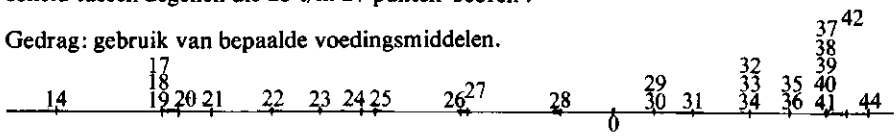


Kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen



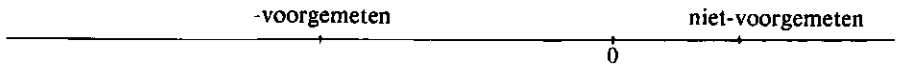
Uit de schalingen blijkt dat er, wat kennis van risico-factoren betreft, een onderscheid is tussen degenen die geen of één risico-factor kunnen noemen enerzijds (scores 0 en 2) en degenen die er 2 of 3 juist noemen (scores 4 en 6). Tussen degenen die niets weten van de preventie-mogelijkheden via voeding en degenen die dit wel doen, bestaat eveneens een duidelijk onderscheid.
Bij de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen is er nauwelijks onderscheid tussen degenen die 23 t/m 27 punten 'scoren'.

Gedrag: gebruik van bepaalde voedingsmiddelen.



Ook bij de gedragsscores zijn bepaalde 'groepen'scores nauwelijks te onderscheiden: 17 t/m 21, 32 t/m 34 en 37 t/m 44.

Voorgemeten/niet voorgemeten



Het duidelijke onderscheid tussen voorgemeten en niet-voorgemeten zijn lijkt in tegenspraak tot onze conclusie in 6.4.1. dat de voormeting op zich geen invloed heeft gehad op de resultaten (mb.t. kennis).
De verklaring moet waarschijnlijk gezocht worden in het feit dat hier de gegevens van (73 van de) 85 dubbelgemeten personen en (122 van) de 140 alleen nagemeten personen gezamenlijk zijn geanalyseerd, terwijl met name de gedragsscore van deze 85 personen al tijdens de voormeting zeer opvallend afweek van de overige voorgemeten personen. Ter illustratie het volgende overzicht.

groep	gem.gedragsscore	n
alleen voorgemeten	33,11	68
85 dubbelgemeten, t.t.v. vóórmeting	21,01	85
85 dubbelgemeten, t.t.v. nameting	23,11	85
alleen nagemeten	32,91	140

Het duidelijke onderscheid tussen voorgemeten en niet-voorgemeten zijn lijkt in voorgemeten zijn en andere variabelen zich zal beperken tot de gedragsvariabele, want bij de kennis- en oorspronkelijke- houdingsvariabelen was geen sprake van een dergelijk verschil al in de uitgangssituatie. Dit blijkt inderdaad het geval (zie plotjes).

Lezing/kookbijeenkomst

L KB

Tussen de groepen die naar de lezing, resp. de kookbijeenkomst zijn geweest, bestaat enig, zij het een klein verschil.

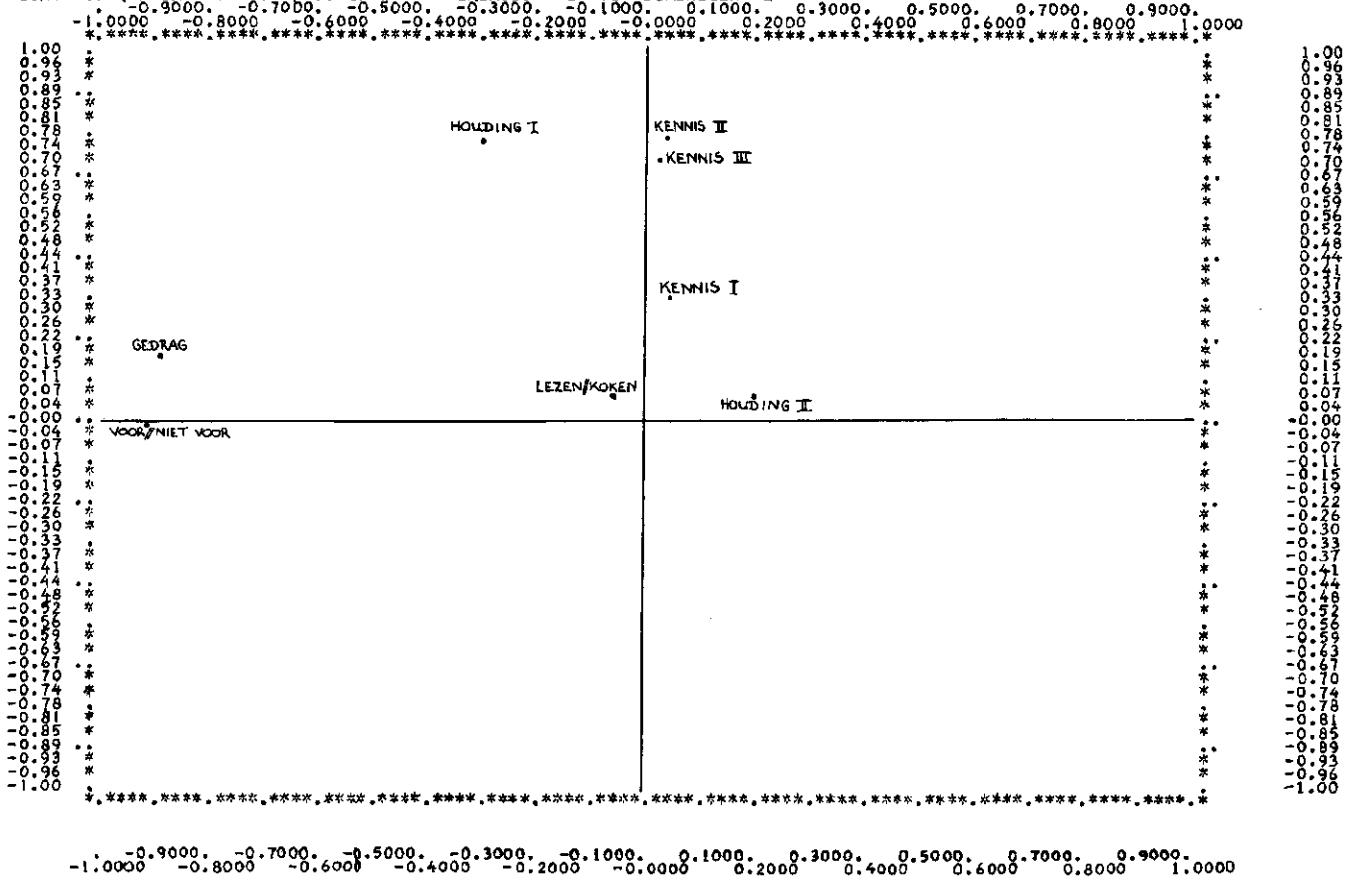
c. De componenten-matrix en de grafische weergave
De componentenmatrix geeft de coördinaten weer van de variabelen in de best passende driedimensionale ruimte (best passend in de zin van kleinste kwadraten, in dit geval na 6 iteraties). Om de grafische weergave duidelijker te maken, is de oorspronkelijke matrix geroteerd. De nu volgende tabel geeft de geroteerde matrix.

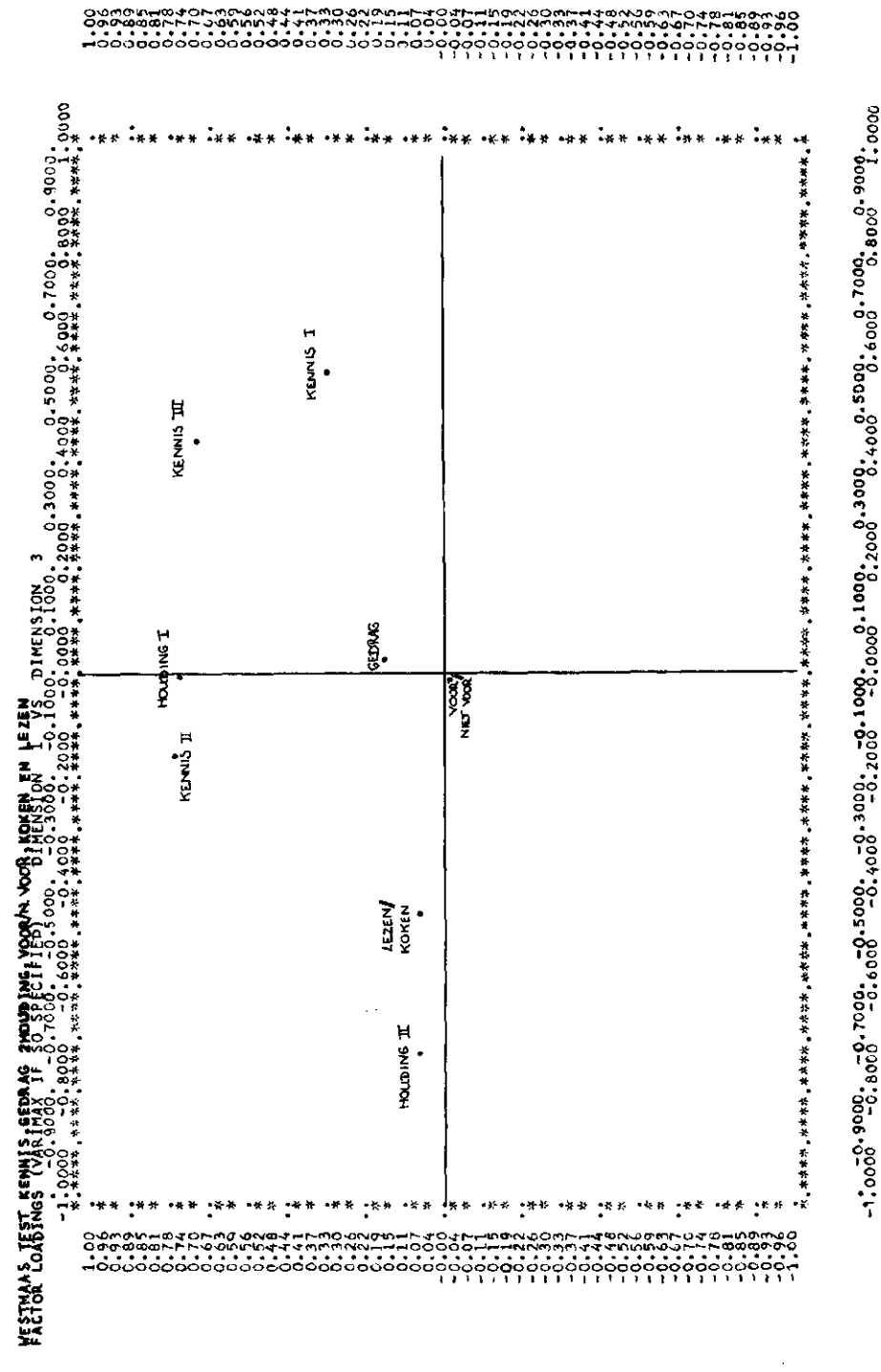
TABEL IX C, Componenten-matrix, 8 variabelen, 3 dimensies.

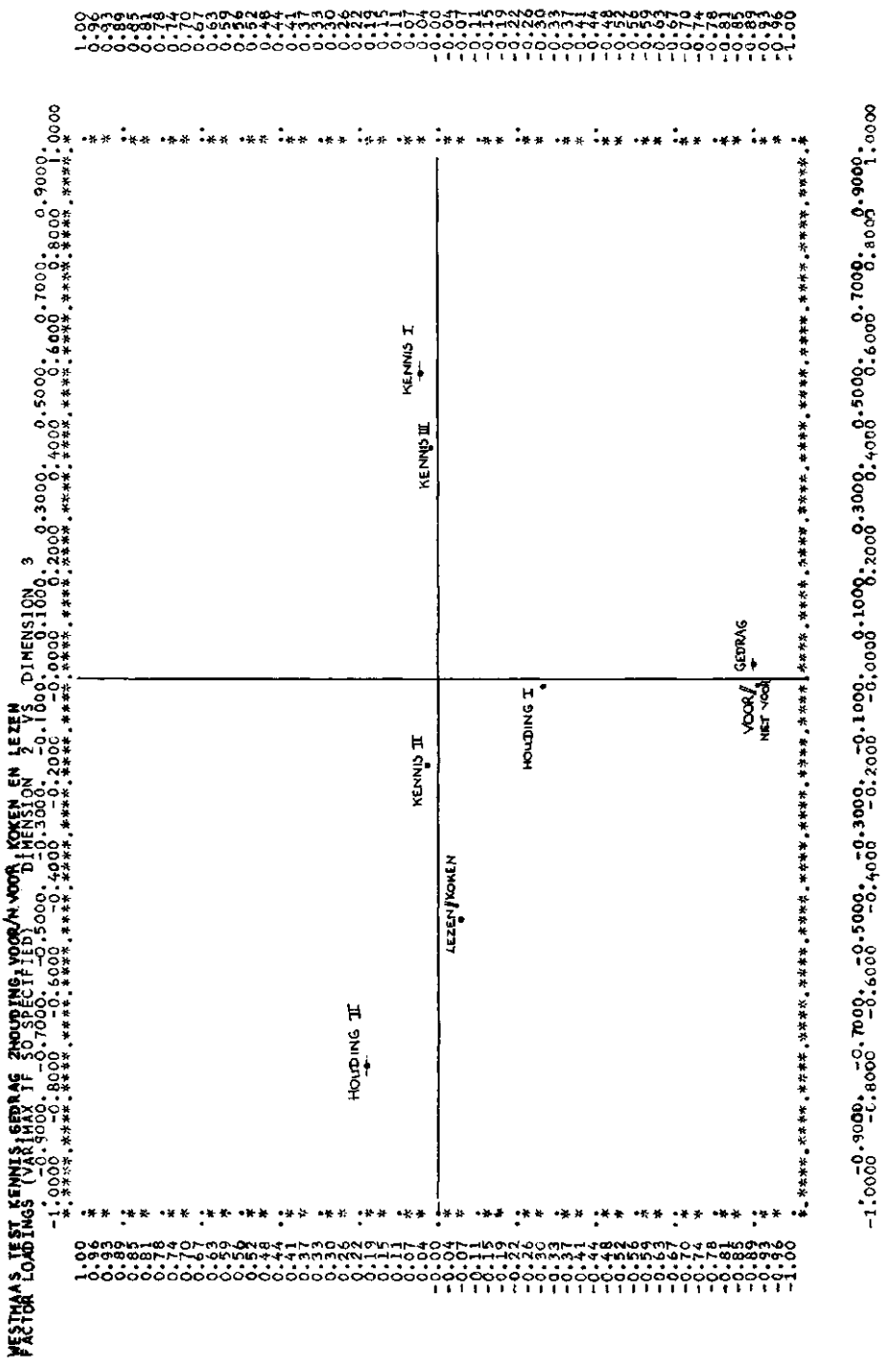
Variabelen	1	2	3
Kennis risico-factoren (KI)	.33	.05	.58
Kennis preventie-mogelijkheden (KII)	.77	.04	-.16
Kennis samenstelling voedingsmiddelen (KIII)	.70	.03	.44
Gedrag: gebruik produkten	.16	-.89	.03
Houding I (zuivelprodukten)	.76	-.30	-.001
Houding II (preventie)	.06	.20	-.73
Voorgemeten/niet-voorgemeten	-.01	-.91	-.01
Lezing/kookbijeenkomst	.06	-.06	-.46

De interpretatie gebeurt aan de hand van de volgende criteria:
1e variabelen die in de plots dicht bij elkaar of gespiegeld rond een as dicht bij elkaar, en ruim van de oorsprong afstaan, vormen een groep;
2e de variabelen van een groep variëren onderling in schaalwaarden van de toegestane transformaties (zie daar); dit weerspiegelt zich in het teken in de componenten matrix.

WESTMAAS TEST KENNIS,GEDRAG 2HOUDING,VOOR/N.VOOR,KOKEN EN LEZEN
FACTOR LOADINGS (VARIMAX IF SO SPECIFIED) DIMENSION 1 VS DIMENSION 2




WESTMA'S TEST KENNIS GEDRAG HOUDING VOOR/NA VOOR KOKEN EN LEZEN
FACTOR LOADINGS (VARIMAX, IF SPECIFIED) DIMENSION 1 VS DIMENSION 3
KENNIS III
KENNIS I
HOUDING I
GEDRAG
KENNIS II
LEZEN/KOKEN
HOUDING II
VOOR/NIET VOOR


WESTHAAS TEST KENNIS;GEDRAG ZHOUDING;VOOR/N.VOOR KOKEN EN LEZEN
FACTOR LOADINGS (VARIMAX TF SO-SPECIFIED) DIMENSION 2 VS DIMENSION 3
KENNIS I
KENNIS III
KENNIS II
HOUDING II
HOUDING I
LEZEN/KOKEN
GEDRAG
VOOR/
NIET VOOR

Bij beschouwing van matrix en plots zien we dat de onderlinge relaties tussen de variabelen geen enkelvoudige zijn. Op de eerste as – zie plots 1 en 2 – vormen kennis II en III met houding I een groep = groep 1. Kennis I heeft met deze groep een zwakker verband. Daarnaast vertoont kennis I met kennis III een systematische samenhang, die bestaat, onafhankelijk van de relaties binnen eerstgenoemde groep (kennis II, III en houding I). Deze samenhang komt duidelijk naar voren in plot 3, waaruit tevens een relatie (tegengestelde richting!) met de variabelen houding II en koken/lezen (te noemen groep 3) blijkt. De relatie gedrag en voor/niet-voorgemeten is enkelvoudig en in dezelfde richting (groep 2) (tekens in matrix zijn beide negatief).

De betekenis van tekens en samenhang binnen één groep is waarschijnlijk het best te illustreren aan de hand van een denkbeeldige respondent.

Voor groep 1 – kennis II, III en houding I – waarin alle variabelen hetzelfde teken hebben, geldt dan dat wanneer een denkbeeldige respondent hoog positief zou scoren op kennis van preventiemogelijkheden via voeding (KII) hij ook hoog positief zou scoren op kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen (KIII) en op houding t.o.v. magere melkprodukten.

Voor groep 2 – gedrag en voor/niet-voorgemeten – geldt dat een niet-voorgemeten respondent i.h.a. een hogere gedragsscore heeft (zie transformatieschalen). Voor groep 3 – kennis I, III, houding II, koken/lezen – geldt dat als de denkbeeldige respondent hoog scoort op kennis van risico-factoren (KI) er ook een grote kans is dat hij hoog scoort op kennis III (samenstelling voedingsmiddelen), negatief staat t.o.v. preventiemogelijkheden (houding II) en er is een iets grotere kans dat hij naar de lezing is geweest (zie transformatieschaal: lezing meer naar links).

Literatuur

1. LEEUW, J. de, 1973. Canonical Analysis of categorical data. Diss. Un. Leiden.
2. LEEUW, J. de, Y. TAKANE & F. W. YOUNG, 1975. Additive structure in qualitative data: an alternating least squares method with optimal scaling features. Thurstone Pyschometric Lab., Report 140, Chapel Hill.
3. NISHISATO, S., 1972/1973. Optimal scaling and its generalizations. Department of Measurement and Evaluation, Ontario Inst. for Studies in Educ. Report 1/2.
4. RIJCKEVORSEL, J. L. A. van, 1975. How to use Homals 3, mimeographed paper. Dept of Datatheory, Un. Leiden.

BIJLAGE X

DE SAMENHANG TUSSEN KENNIS-, HOUDINGS- EN GEDRAGSVARIABELEN II

Onderstaande correlatie-matrices geven voor de voor- resp. de nameting de correlaties aan tussen de drie kennis-, de drie houdings- en de twee gedragsvariabelen.

TABEL Xa. Correlaties tussen de afhankelijke variabelen, ten tijde van de voormeting (n=153). (τ Kendall).

	K.I.	K.II	K.III	H.I	H.II	H.III	G.I	G.II
kennis risico-factoren	1,000	0,055	**0,210**	0,084	**0,250**	0,063	0,065	-0,075
kennis preventie	-	1,000	**0,129**	**0,179**	**0,177**	-0,115	0,033	0,092
kennis samenstelling voedingsmiddelen	-	-	1,000	**0,148**	0,044	-0,005	**0,193**	**0,184**
houding melkprodukten	-	-	-	1,000	0,026	0,040	**0,128**	-0,022
houding preventie	-	-	-	-	1,000	0,053	0,016	0,013
houding dieetmargarine	-	-	-	-	-	1,000	-0,002	-0,021
gedrag: gebruik produkten	-	-	-	-	-	-	1,000	0,071
gedrag: veranderingen in eetgewoonten	-	-	-	-	-	-	-	1,000

De vet gezette correlaties zijn significant bij $\alpha = 0{,}05$.

TABEL Xb. Correlaties tussen de afhankelijke variabelen ten tijde van de nameting (n=225).

	K.I	K.II	K.III	H.I	H.II	H.III	G.I	G.II
kennis risico-factoren	1,000	0,039	**0,185**	**0,105**	0,078	0,057	-0,004	0,034
kennis preventie	-	1,000	**0,210**	**0,194**	**0,134**	0,085	0,028	0,090
kennis samenstelling voedingsmiddelen	-	-	1,000	**0,313**	**0,148**	**0,135**	0,079	**0,109**
houding melkprodukten	-	-	-	1,000	**0,244**	0,070	0,074	**0,117**
houding preventie	-	-	-	-	1,000	0,012	0,044	**0,124**
houding dieetmargarine	-	-	-	-	-	1,000	0,009	0,083
gedrag: gebruik produkten	-	-	-	-	-	-	1,00	-0,019
gedrag: veranderingen in eetgewoonten	-	-	-	-	-	-	-	1,000

De correlaties zijn in het algemeen opmerkelijk laag, wat de zinvolheid van afzonderlijke bestudering onderstreept. Toch bestaat wel enige overlapping, getuige de significante correlaties tussen enkele variabelen. Bij de voormeting zien we negen significante relaties; bij de nameting van deze 9 nog zes, terwijl daarnaast het verband tussen zes andere variabelen het signifcantie niveau heeft bereikt.

We gaan niet op alle relaties in, maar maken slechts enkele opmerkingen:

- opvallend is dat zowel bij de voor- als de nameting de kennis van de risicofactoren én kennis van preventie-mogelijkheden samenhangt met de kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen. Is er toch sprake van een onderliggende kennis = 'algemene ontwikkeling'?
- degenen met een betere kennis van de samenstelling van produkten staan in het algemeen ook iets positiever tegenover het gebruik van magere melkprodukten (H.I.) en deze groep lijkt ook een iets juister voedingsgedrag te vertonen en voor wat betreft de categorie met een goede kennis van de samenstelling van produkten (K.III) ook iets meer veranderingsgezind te zijn (GII).
- dat bij de nameting geen correlaties met de gedragsscore I significant zijn, moet vermoedelijk worden toegeschreven aan een algemene verandering in die gedragsscore, die niet sterk tussen de andere variabelen differentieert.
- vergelijken we voor- en nameting, dan lijken de houdingen a.h.w. iets meer naar elkaar 'toegegroeid'.

Advies, 5
ALBRECHT, H., 87
BAN, A. W. VAN DEN, 33
BIJNEN, E. J., 121
BLALOCK, H. M., 88
BLIGH, D. E., 30, 31
BLUM, H. L., 10
BRAAK, H. J. VAN DER, 3
BRAND-KOOLEN, M. J. M., 121, 122
CBS, 56
COSTIN, F., 30, 31, 33
CRAIG, D. G., 30, 31
DAVIS, R. L., 31
DICKINSON, G., 30
DROP, W., 27
DUBIN, R., 31
FODOR, J. F., 62
FRESE, H., 31
HAAS, J. H. DE, 5
HAES, W. F. M. DE, 87
HOVLAND, C. I., 5
HRUSCHKA, E., 87
HYMAN, H. H., 9, 10, 87
JAHODA, M., 5, 31
JANIS, J. L., 5
JOYCE, C. R. B., 30
KELLEY, H. H., 5
KNOX, S., 31
KOCH, K. A., 68
KOOPMANS, F. G., 3
LEEUW, J. DE, 133, 141
MACGUIRE, W. J., 27, 28, 31
MAY, J. F., 5
Nationaal Onderzoek Persmedia, 43, 44, 45, 87, 88
NISHISATO, S., 133, 141
NUNALLY, J. C., 121
PRINSEN, J. C. G., 88
RIJCKEVORSEL, J. L. A. VAN, 141
SCHUURMAN, J. H., 87
SILLEM, A. VAN, 87
STEUART, G. W., 3
SUCHMAN, E. A., 9
TAKANE, Y., 141
TAVEGGIA, T. C., 31
UPPAL, S. C., 5
VALL, M. VAN DE, 3, 10
VARGAS, J. S., 31
VERNER, C., 30
WAGNER, F. F., 31
WAKEFIELD, J., 10
WARREN, N., 5, 31
WEATHERALL, M., 30
WEISS, C. H., 9, 10
WESTMAAS-JES, M. M., 3, 6, 10, 67
WILSON, C., 31
WOLLENBERG, A. VAN DE, 121
YOUNG, F. W., 133, 141
YOUNG, M. A. C., 31, 62

DEEL II

Naar strategieën van voedingsvoorlichting; een literatuuronderzoek

1. INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Hart- en vaatziekten, met name de ischaemische hartziekten, hebben in de moderne westerse wereld epidemische proporties aangenomen en Nederland vormt op dit beeld geen uitzondering[1] (Advies, 1971; DE HAAS, 1969; MAY, 1974; UPPAL, 1974). Talrijke risico-factoren, d.w.z. kenmerken waarvan de aanwezigheid bij individu of groep een grotere kans op het optreden van hart- en/of vaatziekten geeft, zijn geïdentificeerd. Hiervan worden een verhoogd serumcholesterolgehalte, verhoogde bloeddruk en het roken van sigaretten als de belangrijkste drie onderkend (Primary prevention, 1970, 1972; MIETTINEN, 1973). Met erkenning van de noodzaak tot beïnvloeding van zoveel mogelijk risico-factoren kan men stellen dat ingrijpen in deze drie het meest 'rendeert' (STURMANS et al., 1975). Kenmerkend voor deze en andere zg. welvaartsziekten is dat het gaat om gedragsziekten, d.w.z. het eigen gedrag, leefwijze en leefgewoonten zijn voor een groot deel verantwoordelijk voor het optreden ervan. Reductie is dan ook slechts mogelijk door gedragsverandering van zeer velen.

Onjuist voedingsgedrag is slechts een schakel in het geheel van risico-factoren, maar beïnvloeding ervan heeft invloed op een zeer belangrijke factor, nl. het serumcholesterol. Ook obesitas, indirect leidend tot risico, hangt nauw met voedingsgedrag samen (zie o.a. KANNEL & GORDON, 1975).

In dit onderzoek wordt dan ook uitgegaan van de noodzaak en het nut van beïnvloeding van voedingsgedrag als bijdrage aan preventie (CHRISTAKIS, 1966; DALDERUP, 1974; HOWARD, 1972; KARVONEN, 1972; MIETTINEN, 1972; Prevention, 1968; RINZLER, 1968; TURPEINEN, 1968; DE WIJN, 1973).

Voedingsvoorlichting is een van de mogelijkheden tot beïnvloeding van voedingsgedrag. Voor het gefundeerd opzetten van voorlichtingsstrategieën is meer inzicht nodig in de factoren die een rol spelen bij het te beïnvloeden object (voedingsgedrag). Immers 'door g.v.o. (= gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) kan niet effectief aan de gestelde verwachtingen worden voldaan, als met de determinanten van het menselijk gedrag m.b.t. voeding en voedingsziekten onvoldoende rekening wordt gehouden in de g.v.o.-methodiek' (DE WIJN, 1976). Evenzo is inzicht nodig in de factoren die de keuze voor voorlichting en g.v.o. bepalen.

Het doel van deze studie is dan ook als volgt geformuleerd: *Met behulp van bestaand onderzoek, theorieën omtrent gedragsverandering en vrije interviews komen tot inzicht in de mogelijkheden van voorlichtingsstrategieën voor het veranderen van voedingsgedrag in relatie tot de preventie van hart- en vaatziekten.*

Dat we ons hierbij in voorbeelden en uitwerking vooral richten op voedingsgedrag in relatie tot de preventie van hart- en vaatziekten, houdt geen inperking in van de geldigheid voor voedingsgedrag in algemener zin. Het is gedaan om de praktische waarde van het gestelde te vergroten door telkens zo concreet mogelijke toepassingen vanuit het terrein dat schrijfster kent, te vermelden.

Het hier weergegeven doel is nog weinig operationeel; het is dan ook omgezet tot de volgende probleemstelling:

a. welke factoren bepalen voedingsgedrag;
b. welke van deze factoren zijn via voorlichting te beïnvloeden;
c. welke consequenties hebben de onder a en b bedoelde gegevens voor voedingsvoorlichting, gericht op de preventie van hart- en vaatziekten?

Deze probleemstelling vergt een duidelijk interdisciplinaire aanpak. We hebben dan ook in meer of mindere mate gebruik gemaakt van inzichten uit psychologie, sociale psychologie en sociologie, van voorlichtingskunde, gezondheidskunde en voeding, van marktkunde en huishoudkunde. Overeenkomstig de probleemstelling gaan hoofdstuk 2. en 3. in op voedingsgedrag, met name op de ontwikkeling (2.) en de factoren die voedingsgedrag beïnvloeden (3.). Hoofdstuk 4. besteedt aandacht aan een afgrenzing van voorlichting t.o.v. andere beïnvloedingsmethoden. Omdat het ons uiteindelijk gaat om richtlijnen voor voorlichtingsstrategieën ter beïnvloeding van voedingsgedrag, is het niet toereikend te blijven staan bij de factoren die voedingsgedrag *bepalen*. Essentieel zijn ook de factoren die een rol spelen bij succes of falen van *beïnvloedings*pogingen, waarbij deze zich niet beperken tot voeding, maar meer facetten van gezond gedrag beslaan. Inzichten, ontleend aan deze pogingen tot beïnvloeding van gezondheidsgedrag, komen in hoofdstuk 5. aan de orde.

Overigens wordt in alle hoofdstukken, waar mogelijk, aangegeven welke richtlijnen voor voorlichtingsstrategieën uit het besprokene voortvloeien. Deze tekst is te herkennen aan een verticale lijn in de marge. Hoofdstuk 6. geeft, op basis van de voorgaande hoofdstukken en op basis van informatie over reeds uitgevoerde of gestarte campagnes, gericht op beïnvloeding van voedingsgedrag, een wat meer systematische bundeling van deze richtlijnen.

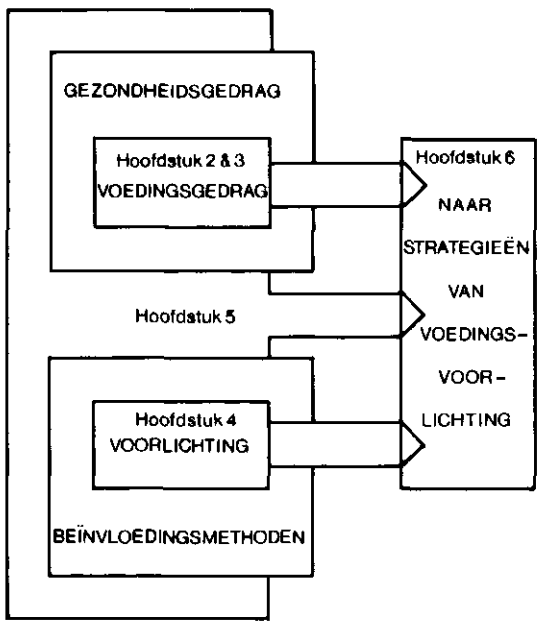


FIG. 1. Schematische weergave van de samenhang der hoofdstukken.

Samengevat in schema kan men zich de opbouw van dit deel van het proefschrift voorstellen zoals weergegeven in fig. 1.

Voedingsgedrag is te zien als onderdeel van het ruimer begrip gezondheidsgedrag, evenals voorlichting onderdeel is van een veel groter aantal beïnvloedingsmethoden. Inzichten, ontleend aan de achtergronden van voedingsgedrag (hoofdstukken 2. en 3.) aan voorlichting (hoofdstuk 4.) en de beïnvloeding van gezondheidsgedrag (hoofdstuk 5.) leiden naar strategieën van voedingsvoorlichting (hoofdstuk 6.).

2. VOEDINGSGEDRAG

Na afbakening van het begrip 'voedingsgedrag' (2.1.) gaan we in 2.2. in op de ontwikkeling en verandering van (voedings)gedrag. In 2.2.1. geven we hiertoe eerst beknopt enkele algemene theorieën met betrekking tot het veranderen van menselijk gedrag weer. In 2.2.2. gaan we wat uitgebreider in op de leertheorieën, omdat die het meest concreet richtlijnen geven voor voorlichtingsstrategieën, zij het dat bij toepassing enige kritische kanttekeningen te maken zijn. Paragraaf 2.2.3. is een toespitsing op voedingsgedrag van de ervoor beschreven algemene theorieën over de ontwikkeling van gedrag en gedragsverandering. Waar mogelijk zullen hierbij implicaties van het gestelde voor strategieën ter verandering van voedingsgedrag aangegeven worden.

2.1. BEGRIPSBEPALING

Teneinde een idee te geven van het terrein waarbinnen het begrip 'voedingsgedrag' zich beweegt, volgt een korte selectie van in de literatuur gebruikte omschrijvingen van:
- voedingsgedrag;
- voedingspatroon;
- voedingsgewoonte.

2.1.1. *Voedingsgedrag*

De vakgroep Humane Voeding van de Landbouwhogeschool in Wageningen definieert voedingsgedrag zeer ruim als volgt:
'Ieder gedrag dat in relatie met voeding kan worden gebracht. Voedingsgedrag heeft diverse aspecten:
- het functioneren van de mens m.b.t. zijn voedingstoestand;
- het handelen van de mens in verband met zijn voedselproduktie;
- voedselkeuze en voedselopname' (Begrippenlijst, 1976:12).

Aan voedingsgedrag kan men als het ware drie facetten waarnemen, nl.
- o voedingsideologie, als onderdeel van een voedingssysteem 'een bewust gemaakt en gesystematiseerd en geïntegreerd geheel van opvattingen, die zichzelf en voor de aanhangers van die ideologie een voldoende bestaansreden vormt' (EDEMA, 1976).[2]
- o eetsituatie: de regelmatig terugkerende feitelijke situatie waarin gegeten wordt door een individu, categorie of groep. Aspecten als wel/niet samen eten met anderen komen hier aan de orde.
- o voedselopname = voedselgebruik: wat netto aan voedsel is genuttigd. (NB: de handeling van het in de mond nemen zelf wordt hier niet toe gerekend!).

Dit alles is globaal weergegeven in fig. 2.

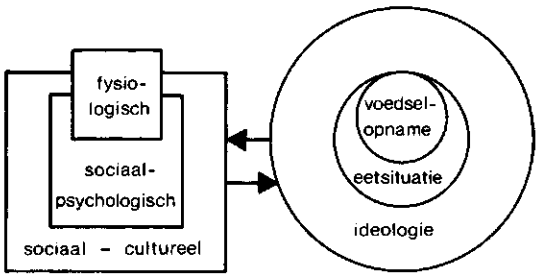


FIG. 2. Voedingsgedrag in drie deelfacetten.

De drie facetten zijn, van boven naar beneden, toenemend in abstractie. De psychologische, sociaal-psychologische en sociaal-culturele facetten komen steeds meer, de fysiologische steeds minder naar voren. Dit is ook terug te vinden in een omschrijving die DE GARINE (1967) geeft voor voedingsgedrag:
'Comportements . . . nous semblent se référer à la totalité des paliers, des aspects embrassés par l'action de se nourir les vont du physiologique au socio-culturel, voir à la psychologie individuelle' (Begrippenlijst, 1976: 12). En eveneens in het door KOPPERT & KNEGT geschetste beeld van voedingsgedrag: 'een persoonlijk interpreteren van een cultureel voedingspatroon, waarbij culturele verworvenheden van de gehele groep invloed hebben naast de persoonlijke belevenissen en de persoonlijke situatie waarin het individuele groepslid verkeert' (1975: 4.1.).

2.1.2. *Voedingspatroon*
Voedingsgedrag dat zich herhaalt volgens een bepaald, naspeurbaar model (voorbeeld, patroon) levert een voedingspatroon: 'regelmatigheden in samenstelling, bereiding, verdeling over dagen en weken van voedsel en drank' (VAN SCHAIK, 1958). VAN SCHAIK vermeldt verder dat ook de personen die het voedsel bereiden, de wijze van tafeldekken, de wijze van opdienen, de eetgewoonten tot het voedingspatroon gerekend moeten worden.

Terwijl VAN SCHAIK een beschrijving geeft van een eindresultaat, een bepaalde situatie, legt de vakgroep Voeding in haar omschrijving het accent op de achtergrondideeën die tot een dergelijke patroonmatige situatie leiden: 'Het geordend geheel van gegevens omtrent het complex van relaties tussen mens en voedsel, dat o.a. informatie geeft omtrent ideeën die bepalend zijn voor het voedselgedrag, voedselkeuze, voedselbereiding, eetsituatie en voedselopname' (Begrippenlijst, 1976:13). Beide omschrijvingen spreken van een zekere orde en regelmaat in de gedragingen: dit is dan ook de essentie van het begrip.

2.1.3. *Voedingsgewoonten*
Gedrag dat zich met regelmaat herhaalt, resulteert in gewoonte(n). Omschrijvingen hiervan treft men vaker aan dan van voedingsgedrag, maar er zijn dezelfde elementen in terug te vinden: 'the ways in which an individual or group

selects food and consumes them in response to physiological, psychological, cultural and social influences' (FAO/WHO in Begrippenlijst, 1976:14). Het gedrag wordt in deze omschrijving vrij sterk reactief gezien. De mogelijkheid van een actief inspelen op respectievelijk vormgeven aan de invloeden, wordt hier niet expliciet gesteld. Eenzelfde reactieve karakter suggereert de bekende antropologe MEAD die echter de vormgevende invloed van de cultuur naar voren haalt: 'culturally standardized set of behaviours in regard to food manifested by individuals who have been reared within a given cultural tradition' (1943:21).

DEN HARTOG (1972), geeft op basis van werk in o.a. de Westafrikaanse situatie de volgende omschrijving: 'de wijze waarop individuen of een groep personen als gevolg van de op hen uitgeoefende sociale en culturele druk een keuze maken uit, consumeren en gebruik maken van bepaalde delen van het beschikbare voedsel'. Naast de culturele noemt hij ook uitdrukkelijk de sociale aspecten van voedingsgewoonten. Dit aspect komt ook duidelijk naar voren in de omschrijving van de vakgroep Voeding, terwijl men daar bovendien verwijst naar sociaal-psychologische processen: 'een gebruikelijke manier om voedsel te kiezen, te bereiden en te nuttigen' (Begrippenlijst, 1976). De voedselbereiding wordt hier expliciet opgenomen, maar in vele omschrijvingen ontbreekt dit aspect, o.i. ten onrechte. In de toelichting stelt men, in navolging van DE WIJN & VAN STAVEREN (1973: 140) dat kunnen worden onderscheiden:

a. 'maaltijdgewoonten = ontbijt, lunch en warme maaltijd, inclusief tussenmaaltijdgewoonten van representatieve groepen (gezinnen) uit de bevolking;
b. gedragspatroon met betrekking tot eten en drinken, waaromheen men zich niet alleen een bepaalde sociale attitude denkt, maar ook een gevoelsmatig beleven, zowel individueel als in gezinsverband.'

Bij met name het eerste deel van deze omschrijving komt de vraag op waarom men zich beperkt tot groepen/gezinnen. Ook een individu kan specifieke (tussen) maaltijdgewoonten hebben.

2.1.4. *Omschrijving van voedingsgedrag*

Het is duidelijk dat men met betrekking tot het begrip voedingsgedrag niet gemakkelijk tot een uniforme definiëring zal geraken. Het lijkt dan ook weinig zinvol aan de definities één toe te voegen. We beperken ons tot een zeer algemene omschrijving van wat voedingsgedrag inhoudt wanneer we het woord in de tekst gebruiken:

de wijze van handelen van mensen met betrekking tot hun voeding. Hieraan zijn fysiologische, sociaal-psychologische en sociaal-culturele invloeden te onderkennen die betrekking kunnen hebben op zowel de voedselkeuze, -bereiding en -opname, als op de situatie waarin deze handelingen plaatsvinden.

2.2. DE ONTWIKKELING VAN VOEDINGSGEDRAG

Voedingsgedrag is gedrag. Dit betekent dat wij ons voor inzicht in de ontwikkeling van dit gedrag kunnen wenden tot literatuur omtrent de vorming en ontwikkeling van gedrag in het algemeen. We kunnen bovendien niet anders

omdat een theorie over specifiek de ontwikkeling van voedingsgedrag vooralsnog ontbreekt.

We geven nu eerst een beknopt overzicht van enkele theorieën met betrekking tot gedragsverandering. Ontwikkeling van gedrag is immers een continu proces van veranderingen. Juist omdat de ontwikkeling van (voedings)gedrag beschreven wordt met het oog op de mogelijkheden tot het bewust creëren van veranderingen, worden trefwoorden of overwegingen van belang voor strategieën van voorlichting, eruit gelicht. Deze zijn herkenbaar aan een verticale lijn in de marge.

2.2.1. *Enkele theorieën m.b.t. het veranderen van gedrag*

De hierna kort beschreven veranderingstheorieën en -processen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij in de verklaring van gedragsveranderingen concepten hanteren die bruikbaar (te maken) zijn voor voorlichtingsstrategieën.

2.2.1.1. Enkele (sociaal-)psychologische visies

We onderscheiden:

a. een oriëntatie, waarbij conflictoplossing en -reductie centraal staan, de zg. consistentietheorieën;
b. een oriëntatie, die nagaat hoe personen komen tot beoordeling van stimuli, de zg. 'social judgment'-theorieën;
c. een functionele oriëntatie;
d. een leertheoretische oriëntatie.

a. Consistentietheorieën

Uitgangspunt van deze theorieën is dat de mens een fundamentele behoefte heeft aan consistentie, een vaste lijn in wat hij ziet, hoort, voelt etc. zowel intern als in relatie met de omgeving. Dit houdt in dat een situatie van inconsistentie een als onprettig ervaren spanning oplevert ('tension'), die men probeert te reduceren.

Op deze gedachten gebaseerd zijn onder andere HEIDER's balansmodel (1957), de 'congruity'-theory van OSGOOD & TANNENBAUM (1955), NEWCOMB's symmetriemodel (1953) en FESTINGER's dissonantietheorie (1957) (in KIESLER et al., 1969).

Voor de grondidee van de consistentietheorieën is in redelijke mate empirisch bewijs geleverd (ABELSON et al., 1968). Een handicap voor bruikbaarheid voor voorlichtingsstrategieën is echter de gebrekkige voorspelbaarheid; het is heel moeilijk bij voorbaat aan te geven of en in welke mate een nieuw feit, idee, situatie e.d. voor een bepaalde persoon consistent is. Ook geven de theorieën geen uitsluitsel tot welk balansherstellend dan wel dissonantie-reducerend gedrag een persoon of groep zal overgaan, terwijl ook dissonantie-tolerantie voorkomt.[3]

Toch kan men vanuit de basisideeën van de consistentietheorieën wel iets zeggen in relatie tot voorlichtingsstrategieën, en wel op tweeërlei vlak, nl. op dat van de bereidheid tot verandering en op dat van de weerstand tegen verandering.

De bereidheid tot veranderen. Uitgaande van de basisbehoefte aan consistentie zou men idealiter iemand tot verandering van houding en/of gedrag kunnen brengen door een zodanige toestand van inconsistentie te creëren, dat de desbetreffende persoon of groep in een poging deze inconsistentie te reduceren, het gewenste gedrag gaat vertonen. Dit is onder andere mogelijk door aan te tonen dat iemands huidige gedrag strijdig is met een of meer van zijn centrale waarden. Een volgende stap is dan de ander te brengen tot het inzicht dat het aanbevolen gedrag zijn centrale waarden veel meer recht doet.[4]

De weerstand tegen veranderen. Hoe consistenter een situatie of gedrag met iemands ideeën, houding etc., hoe stabieler deze situatie of het gedrag is, m.a.w. des te meer weerstand tegen verandering zal deze vertonen. Door bereiken van inconsistentie vergroot men dus de stimulans tot verandering en tegelijkertijd verzwakt de weerstand tegen verandering. Hoewel van allerlei variabelen, bijv. ook persoonlijkheidsvariabelen, nog niet vaststaat, hoe zij precies samenhangen met consistentie/inconsistentie en daarmee met gedrag en gedragsverandering, leveren de consistentietheorieën door hun uitgangspunten voor voorlichtingsstrategieën waardevolle overwegingen: probeer inconsistentie te creëren, teneinde:
– een bereidheid tot verandering te bewerkstelligen;
– de weerstand tegen verandering te verminderen.

b. 'Social judgment'-theorieën

Kernidee van deze oriëntatie is dat een persoon elke (persuasieve) communicatie eerst beoordeelt ten opzichte van de eigen ideeën, gevoelens e.d. Afhankelijk van de mate van gepercipieerde overeenkomst, respectievelijk verschil treden assimilatie-, dan wel contrasteffecten op (HOVLAND, HARVEY & SHERIF, 1957; SHERIF & HOVLAND, 1961 in KIESLER et al., 1969).

Tot deze zg. 'categorizing' theoretici rekenen we ook een perceptietheoreticus als ASCH (1952). En vermoedelijk moeten hiertoe ook andere Gestaltpsychologen gerekend worden. Dezen gaan nl. sterk van dezelfde kernideeën uit: perceptie is georganiseerd en deze organisatie is erop gericht een zekere ideaaltoestand van orde en eenvoud te scheppen (DEUTSCH & KRAUS, 1965).

Essentieel in deze theorieën is dus dat iemand die een boodschap beschouwt als redelijk in overeenstemming met de eigen ideeën, d.w.z. vallend in zijn zg. 'latitude of acceptance', geneigd is meer overeenkomst te zien dan er objectief is. Daarentegen ziet iemand die de communicatie beschouwt als afwijkend van eigen ideeën, d.w.z. vallend in zijn zg. 'latitude of rejection', de afwijkingen verscherpt. SHERIF & HOVLAND (1961) onderscheiden naast de genoemde acceptatie- respectievelijk verwerpingsgebieden nog een zg. 'latitude of noncommitment', een soort neutrale zone, waarin geen vertekening plaatsvindt. Een centrale propositie is dat deze beoordeling altijd plaatsvindt en wel voordat van enige (attitude-/gedrags)verandering sprake is. Voor deze causaliteit: 'oordeel veroorzaakt de mate van verandering' is daardoor moeilijk empirisch bewijs te vinden.

Naast de gepercipieerde mate van overeenkomst, respectievelijk verschil ('discrepancy') staat het begrip 'involvement' in deze theorieën centraal: hoe

meer geïnvolveerd iemand in een object is, des te geringer verandering zal optreden na persuasieve communicatie (o.a. SHERIF & SHERIF, 1967: 133).[5]

Ook hier is het probleem dat men, om gebruik te kunnen maken van deze theorieën in voorlichtingsstrategieën, al met bijzonder gedetailleerde kenmerken van de ontvanger(s) op de hoogte moet zijn; een situatie die in laboratoriumexperimenten wel, in het veld weinig voorkomt. Toch hebben ook deze theorieën wel implicaties voor de praktijk: wil een communicator voorkomen dat zijn (persuasief bedoelde) communicatie terecht komt in het verwerpingsgebied, dan dient deze niet *te* ver af te staan van de huidige opvattingen van de doelgroep.

c. Functionele theorieën

In de functionele theorieën wordt de mens gezien als een doelen nastrevend organisme; meningen, houding en gedrag vervullen een functie bij het bereiken van die doelen. Deze visie vinden we bij SMITH, BRUNER & WHITE (1959), bij KATZ (1960, 1967), terwijl ook KELMAN's ideeën over attitude- en gedragsverandering ermee gemeen hebben, dat kennis van hoe een attitude of gedrag zich ontwikkelt, essentieel is om het te kunnen veranderen (KELMAN, 1961).

KATZ (1960) onderscheidt met betrekking tot attitudes de instrumentele, de ego-defensieve, de kennis- en de expressieve functies.[6]

Over de instrumentele functie zegt KATZ dat elk mens gunstige attitudes ontwikkelt tegenover die objecten die hij associeert met bevrediging van zijn behoeften en negatieve tegenover objecten die hem tegenwerken of straffen. Hij gaat er hierbij dus van uit, dat mensen ernaar streven positieve ervaringen ('rewards') te maximaliseren en negatieve ('penalties') te minimaliseren. De condities voor verandering zijn dan ook:

- bedreiging van de behoefte die door het object bevredigd wordt;
- creëren van nieuwe behoeften en/of ander aspiratieniveau;
- verschuivingen in de positieve en negatieve ervaringen;
- aanbevelen van nieuwe, betere wegen voor behoeftebevrediging.

Ego-defensieve attitudes of gedrag vervullen de functie van bescherming van iemands ego ten opzichte van conflicterende innerlijke of uiterlijke motieven. Om ze te veranderen, moet aan drie voorwaarden zijn voldaan:

- alle ego-bedreigende aspecten in de communicatie moeten afwezig zijn;
- er moet een mogelijkheid zijn voor het uiten van gevoelens ('catharsis');
- het individu moet zelf inzicht in de eigen defensie-mechanismen krijgen.

Het is duidelijk dat deze ego-defensieve, op basis van de psychoanalyse uitgewerkte functie vooral in therapeutische veranderingssituaties aan de orde komt. Informerende, bedreigende methoden of die welke gebruik maken van sociale druk zijn vermoedelijk niet geschikt voor het veranderen van gedrag dat een ego-defensieve functie vervult.

De kennisfunctie vervult de behoefte aan een voor elk individu zinvolle ordening van informatie, aan een betekenisvolle cognitieve structuur. In tegenstelling tot bij de beide vorige functies is KATZ hier niet duidelijk over de voor-

waarden tot verandering van gedrag dat deze functie vervult. Op basis van de parallel met de utilitaire functie zouden we kunnen veronderstellen dat vrijwel dezelfde voorwaarden gelden, zij het dat voor 'behoefte' moet worden gelezen behoefte aan een cognitieve structuur'.

De expressieve functie duidt op de behoefte van een individu zichzelf, dat wil zeggen z'n zelfbeeld en z'n waarden te uiten, zowel ter nadere definiëring van zichzelf als om z'n horen bij bepaalde sociale groepen te uiten (KATZ, 1960, 1967).

Veranderingen in houding of gedrag dat deze functie vervult, zijn mogelijk als:
– iemand ontevreden is met zijn eigen zelfbeeld of bepaalde waarden;
– iemand vindt dat een bepaalde houding of gedrag niet past bij zijn waarden.
De eerste voorwaarde levert een mogelijkheid tot beïnvloeding op waarbij we op ethische gronden vraagtekens willen zetten, nl. het planmatige ondergraven van iemands zelfrespect.
De tweede voorwaarde heeft als implicatie een voor voorlichting bruikbare benadering, nl. aantonen dat bepaald gedrag inconsistent is met een basiswaarde!

Om gedrag te kunnen veranderen, moet men volgens de functie-theoretici dus weten welke functie dat bepaalde gedrag voor die persoon of groep vervult. Dit is een moeilijke opgave, temeer daar eenzelfde gedrag voor verschillende personen niet dezelfde functie hoeft te hebben. Het zal in het algemeen slechts mogelijk zijn hierachter te komen wanneer met die persoon of groep een vertrouwensrelatie is opgebouwd, m.a.w. in individuele- en groepsvoorlichting. De besproken theoretici geven echter nauwelijks concrete aanwijzingen hoe men als voorlichter/onderzoeker de functies kan vaststellen.

d. Leertheorieën[7]

Een essentieel kenmerk van de leertheoretici is hun gerichtheid op de mens (of dier) in wisselwerking met z'n omgeving. Deze stimulus-responsebasis leidde tot nauwkeurige analyse van die stimuli, bijv. een voorlichtingsboodschap, en tot manipulering van die stimuli, bijv. de geloofwaardigheid van de communicator, volgorde van argumenten, een-versus tweezijdige communicatie etc. (HOVLAND, JANIS & KELLEY, 1953). Deze oorspronkelijk tot laboratoriumsituaties beperkte maar later tot het veld uitgebreide experimenten hebben concrete uitgangspunten voor beïnvloedingsstrategieën opgeleverd: gedragstherapie, gedragsmodificatie, gedragsbeïnvloeding (SCHWITZGEBEL & KOLB, 1974).

De vraag in hoeverre menselijk gedrag verklaard kan worden via leerprocessen is lang niet definitief beantwoord. Gedrag dat bestaat uit zich herhalende vaardigheden, berust vermoedelijk op 'klassieke' stimulus-responseconnecties. Ook complexer gedrag kan tot in zekere mate uiteengelegd worden tot enkelvoudige handelingen, aangeleerd via diverse leerprocessen. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat menselijk gedrag daarnaast wezenlijk met het willen bereiken van steeds nieuwe doelen is verweven (NUTTIN, 1967).

Juist omdat de leertheoretici zich expliciet met de vorming en verandering van gedrag hebben beziggehouden, zijn aan hun werk de meest concrete implicaties

voor voorlichtingsstrategieën te ontlenen. We gaan hierop in aan het einde van een uitgebreider behandeling van leertheoretische principes in 2.2.2.

2.2.1.2. Verandering van gedrag: enkele sociologische visies

De theorieën die ingaan op veranderingen in macro-perspectief ('social change') zijn in twee hoofdgroepen te onderscheiden:

a. die welke de nadruk leggen op het belang van economische, wettelijke, en andere externe sociale condities voor verandering;
b. die welke in de wisselwerking tussen individu en macro-milieu aanleiding en oorzaak van veranderingen zien (COLEMAN, 1973).

a. Veranderingen in algemene maatschappelijke factoren

Het optreden van dergelijke veranderingen is ieder bekend. Ook het uitgangspunt voor dit onderzoek, het sterk toegenomen aantal hart- en vaatziekten, vindt zijn oorzaak mede in veranderingen als hier bedoeld: in beschikbaarheid, in koopkracht, in 'vrije' tijd, in mechanisering etc.

DE HAES et al. (1976) wijzen op de taak van g.v.o. (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) in het beïnvloeden van deze meso- en macrostructuren. Zij wijzen hierbij afzonderlijk op het gezondheidszorgsysteem zelf als een speciale vorm van macrostructuur. Veranderingen in deze meso- en macrostructuren hebben, al dan niet bewust gepland, een belangrijke invloed op het (gezondheids)gedrag van mensen.

In het hoofdstuk 6. over strategieën zullen we zien dat de diverse strategieën verschillen in de mate waarin zij zich willen richten op deze externe condities dan wel de individuele persoon, al dan niet in zijn directe sociale omgeving, als aangrijpingspunt voor verandering zien.

b. Veranderingen door gebruikmaking van processen van:
– sociale controle;
– socialisering.

Sociale controle. Het begrip sociale controle heeft eerder een systeembevestigende dan een systeemveranderende connotatie. Dit blijkt bijv. ook in de omschrijving door VAN DOORN & LAMMERS (1969) van sociale controle: 'het geheel van factoren dat bepaalde evenwichtstoestanden in een bepaald systeem handhaaft of herstelt'. Als mechanismen waarmee dit gebeurt, wijzen zij op:
o cultuuroverdracht (socialisering, enculturatie, acculturatie);
o positie- en roltoewijzing;
o sanctionering;
o collectief ritueel.
Sociale controle is een van de processen waardoor de sociale omgeving iemands (voedings)gedrag beïnvloedt (zie hiervoor uitgebreider 3.3.4. waar de invloed van de directe sociale omgeving wordt besproken).

Deze, normaal stabiliserende mechanismen, kunnen echter aangrijpingspunt

voor verandering worden, wanneer een voldoende aantal mensen zich eraan onttrekt, m.a.w. 'pas nadat zo'n mechanisme aan stabiliserende functies heeft ingeboet, kan het dynamiserende functies krijgen' (VAN DOORN & LAMMERS, 1969: 299). Dit betekent voor voorlichting een attent zijn op de richting van de sociale controle en eventuele omslagen. Door systematisch uitingen van sociale controle in de richting van het gewenste gedrag te benadrukken kan een voorlichter deze invloed desgewenst versterken.

Socialisering. Socialisering is te zien als het proces waarmee een individu zich de kennis, motieven, gevoelens en andere kenmerken eigen maakt van die groepen waartoe hij behoort of wil behoren (KELMAN & WARWICK, 1973). Socialisering vindt dus plaats onder invloed van de groepen waarvan een persoon al deel uitmaakt en waarbinnen hij in een bepaalde sociale rol (of rollen) functioneeert. Het zich eigen maken van deze rol(len), m.a.w. van de normen en verwachtingen die 'men' (de cultuur) koestert jegens personen in een bepaalde positie – huisvader, huisvrouw, voorlichtingskundige, diëtiste – is onderdeel van het socialiseringsproces.

Daarnaast vindt socialisering plaats onder invloed van zg. referentiegroeperingen, d.w.z. groeperingen waartoe een persoon al dan niet behoort, maar waarop hij zich in elk geval oriënteert in gedrag en houding (MERTON, 1957).

Het is als het ware een continue reeks van veranderingsprocessen die elk individu vanaf zijn geboorte doormaakt. Bij een geslaagde socialisering maakt iemand zich de cultuurelementen zo eigen dat deze geïnternaliseerd worden in de eigen persoonlijkheidsstructuur. 'Terug'-veranderen is dan zeer moeilijk.

Een handicap voor praktische toepassing van socialiseringsprincipes is dat deze beter verklaren waarom mensen zich aan bepaalde, bestaande situaties aanpassen, dan waarom en onder welke condities zij dit niet doen, terwijl juist dit laatste meer aangrijpingspunten voor verandering levert. Degenen immers die zich het bestaande het minst eigen gemaakt hebben, zijn eerder geneigd te zoeken naar veranderingen.

De voor voorlichting essentiële vraag hierbij is in hoeverre door deze 'vernieuwers' eventueel geïnitieerde veranderingen door andere, volledig gesocialiseerde leden van de samenleving worden beschouwd en hoe voorlichting bij kan dragen tot acceptatie en verspreiding, als het gaat om gewenste veranderingen.

2.2.2. *Ideeën over de ontwikkeling van gedrag vanuit enkele leertheorieën*

Na de voorgaande beknopte weergave van enkele theoretische oriëntaties op gedragsverandering willen we in het nu volgende uitgebreider ingaan op de leertheoretische principes. Hiermee negeren we niet de (mogelijke) bijdragen van de overige theorieën aan voorlichtingsstrategieën; afhankelijk van de condities waarin de voorlichting zich afspeelt, zijn elementen uit deze theorieën meer of minder van toepassing. Dit is de reden waarom we, voorzover mogelijk, expliciet de implicaties voor voorlichting hebben aangegeven.

Echter de keuze om met name aan de leertheorieën uitgebreider aandacht te besteden, is gebaseerd op de volgende overwegingen:

a. de leertheorieën bieden in de begrippen van (selectieve) reïnforcement, model-leren e.a. de best hanteerbare aangrijpingspunten voor voorlichting;
b. zij geven meer dan de overige theorieën experimenteel getoetste oorzaak-gevolgrelaties met betrekking tot gedrag aan;
c. vele huidige voorlichtingsprogramma's zijn op leertheoretische principes gebaseerd. [8]

LÖWE (1975) legt de grenzen van wat hij tot de leertheorieën rekent, vrij ruim. Hij rekent ertoe de associatietheorie van GUTHRIE, de conditioneringstheorieën (PAVLOV, THORNDIKE, SKINNER), de theorie van de etappegewijze ontwikkeling van mentale vaardigheden (GALPERIN en andere, voornamelijk Russische auteurs). Voorts ziet LÖWE aanzetten tot leertheorieën in de systeemtheorie en de leer van de algoritmen en informatica. Soms wordt het begrip beperkt tot wat LÖWE conditioneringstheorieën noemt (MEDNICK, 1966). Hierbij maakt men onderscheid tussen de klassieke conditionering (PAVLOV) en de operante conditionering (THORNDIKE, SKINNER).

De grondgedachte van de conditioneringstheorieën is weergegeven in de formule (S)timulus-(R)esponse, d.w.z. huidig gedrag (R) wordt gezien als een functie van een eerdere stimulus (S). Bij de klassieke conditionering gaat het om de herhaalde koppeling — door onderzoeker — van een oorspronkelijk neutrale prikkel (bijv. belgerinkel) aan een prikkel (bijv. brengen van voer) die een vaste reaktie oproept (bijv. speekselafscheiding). Na herhaalde koppeling treedt de speekselafscheiding ook op bij alleen belgerinkel, dus zonder voer.
THORNDIKE voert het later veel bekritiseerde begrip van het leren door vallen en opstaan, door 'trial and error and accidental success' of zoals THORNDIKE het later liever noemt 'by selecting and connecting' in (HILGARD, 1948; HILGARD & BOWER, 1966). Hij stelt o.a. dat gewoontevorming, d.w.z. het ontstaan van een constante verbintenis tussen een bepaalde situatie en een bepaalde reaktie afhangt van het effect van eerdere verbintenissen ('law of effect'). Onder effect moet dan ook gerekend worden de mate van goed- of afkeuring door de omgeving. Ook oefening beïnvloedt het leren van gedrag ('law of exercise'). Voorts speelt de ontvankelijkheid van een persoon voor een bepaalde actie bij dit proces een rol ('law of readiness'): 'both theory and practice need emphatic and frequent reminders that man's learning is fundamentally the action of the laws of readiness, exercise and effect' (HILGARD, 1948).

De versterkende of verzwakkende invloed van de consequenties van eerder gedrag wordt door HULL uitgebouwd en met de term 'reïnforcement' aangegeven (HULL, 1952; ook in HILGARD & BOWER, 1966).

SKINNER voert de term operant gedrag in, d.w.z. actief gedrag dat wordt versterkt of afgezwakt door zijn consequenties. Hij gaat hierbij uit van de veronderstelling dat er tal van min of meer toevallige variaties in het menselijk gedrag plaatsvinden. Deze consequenties werken dus als positieve of negatieve reïnforcements (SKINNER, 1938, 1953, 1971). In de gedachtengang van SKINNER c.s. moet een gedrag eerst optreden voor het versterkt (of afgezwakt) kan worden.
KANFER & PHILLIPS (1970) vatten een aantal specifieke factoren samen die

de mate, waarin een kind ontvankelijk is voor reïnforcement, bepalen:
- de populariteit van de zender van de reïnforcement, vaak iemand van de 'peer group';
- leeftijd van de referentiepersoon;
- vriendschapsbanden met hem, haar;
- relatie (ouders minder invloed dan vreemden);
- leeftijd van de persoon zelf;
- sexerelatie (meisjes meer door manlijke onderzoeker versterkt en omgekeerd);
- aanleg.

Het is mogelijk en zelfs waarschijnlijk dat nader onderzoek meer factoren identificeert. In elk geval speelt ook de mate van 'verzadiging' resp. 'deprivatie' een rol: hoe minder beloning in het verleden, des te ontvankelijker zal iemand ervoor zijn.

Mede op SKINNER's ideeën gebaseerd, formuleert HOMANS in 1961 zijn model voor menselijk gedrag (HOMANS, 1961).

Binnen het gedragstheoretisch kader van de leertheorieën is naast de op SKINNER's en HOMANS' ideeën voortbouwende school een tweede stroming te onderkennen (KUNKEL & NAGASAWA, 1973). Deze bouwt voort op de ideeën van MILLER & DOLLARD (1941), uitgewerkt en aangevuld door BANDURA (1969; BANDURA & WALTERS, 1963; WIEGMAN, 1975).

Aan het principe van leren door ervaring voegt BANDURA het principe van model-leren ('observational learning') toe. Volgens MILLER & DOLLARD (1941) treedt leren door nabootsing (imitatie) op, indien een gemotiveerd persoon wordt bekrachtigd voor het nadoen van de correcte reacties van een model (WIEGMAN, 1959). [9]

In de ideeën van MILLER & DOLLARD is het nog steeds zo dat de observator het gedrag eerst zelf moet uitvoeren voor het kan worden versterkt. BANDURA daarentegen stelt dat iemand zich (nieuw) gedrag eigen kan maken louter door observatie: 'one of the fundamental means by which new modes of behavior are acquired and existing patterns are modified entails modeling and vicarious processes' (BANDURA, 1969). Voor deze 'vicarious phenomena' zijn diverse termen naast elkaar in gebruik: 'modeling, imitation, observational learning, vicarious learning' (KANFER & PHILLIPS, 1970). Bij 'vicarious learning' komt de waarnemer tot een bepaald gedrag 'through observing a model's activity and its consequences' (KUNKEL & NAGASAWA, 1973). De waarnemer wordt in dit geval niet zelf rechtstreeks bekrachtigd, maar generaliseert de gevolgen van het model naar zichzelf toe, vandaar 'plaatsvervangend leren' (BANDURA, 1969).

BANDURA onderscheidt het aanleren van nieuw gedrag ('acquiescence') van het feitelijk uitvoeren van gedrag ('performance'). Verder stelt hij dat het aanleren van gedrag voornamelijk gebeurt op basis van stimulus-contiguïteit en associatieve symbolische processen, terwijl de feitelijke uitvoering van het gedrag in sterke mate afhangt van de aard van de bekrachtiging van model of waarnemer. Imitatie treedt des te meer op, naarmate:
- het model machtiger is;
- het model meer status heeft;
- de waarnemer meer affectie heeft voor het model.

Ook spelen mee, maar de richting is hierbij niet altijd duidelijk:
– fysiologische toestand van de waarnemer;
– zijn afhankelijkheid van het model;
– zijn zelfvertrouwen;
– direct aan (potentieel) imitatiemoment voorafgaande ervaringen etc.
(KANFER & PHILLIPS, 1970: 216, 217).

Een essentieel kenmerk van al deze faktoren is echter dat zij bijdragen tot de baten voor bepaald gedrag zoals gezien door de ogen van de observator.
BANDURA onderscheidt drie vormen van leren door observatie:
– het verwerven van nieuw gedrag ('modeling effect');
– remmingen voor een al bestaand gedragsrepertoire worden versterkt of verzwakt ('inhibitory and disinhibitory effects');
– gedrag dat al in repertoire aanwezig was, wordt opgeroepen ('response facilitation effect').
(BANDURA, 1969: 120).

Bij leren door observatie zijn vier processen van belang, te weten:
– aandachtsprocessen: een observator moet niet alleen aan de modelstimuli zijn blootgesteld; hij moet er ook opmerkzaam op zijn, ze herkennen en tussen de afzonderlijke gedragselementen differentiëren;
– retentieprocessen: om geobserveerde gedragsstimuli vast te houden, kan een observator ze repeteren, symbolisch, voor zichzelf of openlijk ('symbolic, covert and overt rehearsal');
– motorische reproductieprocessen: in die gevallen waar de gedragsstimuli van het model vele motorische facetten inhouden, is naast aandacht en retentie oefening nodig voor juiste reproductie van het gedrag;
– motivationele en bekrachtigingsprocessen: stimulerende variabelen spelen niet alleen een rol bij actualisatie van het gedrag, maar evenzeer bepalen zij mede op welke stimuli een observator attent is, welke stimuli hij (selectief) vastlegt, met andere woorden welk (nieuw) gedrag observator verwerft.
(BANDURA, 1969: 134-143).

WIEGMAN (1975) uit naast waardering enige kritiek op BANDURA's theorie. Een van zijn punten van kritiek is, dat de betekenis van externe factoren bij perceptuele processen die volgens BANDURA de stimulus-contiguïteit bepalen, ten onrechte buiten beschouwing is gelaten. WIEGMAN stelt, evenals MULDER (1972) dat externe omgevingsfactoren in sterke mate bepalend (kunnen) zijn voor het gedrag van een persoon. MULDER's perceptuele veldinductietheorie is sterk geënt op de veldtheoretische ideeën van LEWIN (1935, 1952). Volgens MULDER verandert een persoon louter onder invloed van de externe omgeving als voldaan is aan drie voorwaarden:
1. er moet potentieel een onderlinge mate van afhankelijkheid tussen de persoon en het omgevingsobject zijn;
2. er mogen, voordat de kracht van het omgevingsobject werkzaam is, geen sterke resulterende krachten binnen het totale systeem werkzaam zijn, d.w.z. er moet een situatie van labiel evenwicht bestaan;
3. er moet van het omgevingsobject een voldoende sterke kracht op de persoon uitgaan.

In dit geval kan een persoon zijn gedrag veranderen zonder motivationele set vooraf en zonder dat het gedrag wordt beloond.

In het voorgaande komt het menselijk leren als een vrij reactief gebeuren naar voren, al is de observator bij BANDURA al meer zelfbepalend dan de loutere 'respons-gever' in PAVLOV's, THORNDIKE's en ook nog SKINNER's theorieën.

NUTTIN (1963, 1967) kent aan de mens een nog veel actiever leergedrag toe. Zijns inziens is leren als gevolg van beloond eerder gedrag slechts een van de processen, waardoor gedrag wordt opgebouwd. Dit soort leren, aldus NUTTIN, verklaart hoe wij motorische en cognitieve vaardigheden verwerven. Het verklaart niet ons doelgericht plangedrag, gericht op het bereiken van juist andere doelen (hoger, beter) dan de eerder bereikte. Niet 'behoeftenreductie' op zich is de fundamentele wet van het leren, maar wat NUTTIN noemt 'need persistence', een actieve interesse, gericht op het bereiken van doelen in de toekomst ('future time perspective'). Het is overigens een open vraag of dit toekomstperspectief wellicht is opgebouwd, juist (mede) via model-leren.

Samenvatting

Vatten we samen wat we over de ontwikkeling van gedrag hebben beschreven vanuit enkele leertheorieën, dan kunnen we stellen, dat aan menselijk leren twee fundamentele wetten ten grondslag liggen, namelijk:

- behoeftenreductie ('need reduction');
- een actieve toekomstgerichtheid, met het oog op het bereiken van doelen ('need persistence').

Een mens leert datgene het best wat een behoefte reduceert dan wel een bijdrage lijkt te zijn tot het bereiken van toekomstige doelen. In beide gevallen ontwikkelt menselijk gedrag zich onder invloed van twee soorten leerprocessen, te weten:

1. via conditionering, waarbij te onderscheiden zijn:

a. de klassieke conditionering (PAVLOV);

b. de operante conditionering (HULL, THORNDIKE, SKINNER).

2. via imitatie door observeren (model-leren), waarbij als nuances zijn onderscheiden:

a. leren door imitatie treedt op als een gemotiveerd persoon positief wordt bekrachtigd voor nadoen van een model; de gedragselementen worden al in het repertoire aanwezig geacht (MILLER & DOLLARD);

b. idem, maar ook nieuw gedrag kan via imitatie ontstaan (BANDURA & WALTERS);

c. onder bepaalde voorwaarden zijn een motivationele set vooraf en beloning geen noodzakelijke voorwaarden voor modelgedrag (MULDER, WIEGMAN).

In termen van het veranderen van gedrag betekent dit, dat het mogelijk is menselijk gedrag te veranderen door:

a. stimuleren van het optreden van enige respons, gevolgd door het positief (doen) bekrachtigen van deze respons indien het (een onderdeel van) het gewenste gedrag inhoudt, dan wel het negatief bekrachtigen (= onthouden positieve reactie, dan wel geven negatieve) als het een ongewenste is.

   Het is mogelijk of alleen positieve reïnforcements te (doen) verstrekken dan

wel beide soorten ('discriminative learning').

b. het leveren van gewenste modelgedragingen (fysiek aanwezig, via film of anderszins) in een situatie, waarin imitatie-leren mogelijk is.

De kans op succes (i.c. op de gewenste gedragsverandering) lijkt het grootst wanneer de communicator op de hoogte weet te komen van de behoeften (vroegere, toekomstige), waarin door het huidige gedrag wordt voorzien en vervolgens een wezenlijke relatie weet te leggen tussen het gewenste gedrag en deze behoeften.

2.2.3. *De ontwikkeling van voedingsgedrag*

Deze paragraaf beoogt inzichten weer te geven over specifiek de ontwikkeling van voedingsgedrag, d.w.z. de processen waarlangs dit gebeurt om op die manier de in 2.2.1. en 2.2.2. beschreven algemene theorieën over de ontwikkeling van gedrag en gedragsverandering te specificeren voor voedingsgedrag. Een strikte scheiding met hoofdstuk 3. waarin de factoren die voedingsgedrag bepalen, aan de orde komen, is niet te maken, omdat voedingsgedrag zich continu blijft ontwikkelen. Toch is de ontwikkeling een, vooral op jonge leeftijd, duidelijk herkenbaar proces en het zal dan ook niet toevallig zijn dat de weinige literatuur die we hebben kunnen vinden over de ontwikkeling van voedingsgedrag betrekking heeft op kinderen.

Ook bij voedingsgedrag is sprake van een proces van leren door conditionering via reïnforcement, van leren door nabootsing en 'vallen en opstaan' en van de invloed van motivatie zowel als externe factoren op deze leerprocessen. Dit alles op basis van wat er in de genetische informatie (in aanleg) aanwezig is.

Over de verhouding aangeboren versus aangeleerde gedragsalternatieven liggen de standpunten van verschillende onderzoekers nogal uit elkaar. Men krijgt de indruk, dat de discipline van waaruit het probleem wordt bestudeerd, de uitkomsten bepaalt; terwijl genetici en biologen meer aandacht hebben voor het reeds erfelijk vastgelegde, zijn voor pedagogen en psychologen de nog te vormen gedragsalternatieven van belang. Een stap naar integratie lijkt VESTER (1976) te doen wanneer hij – vanuit een natuurwetenschappelijke invalshoek – wijst op het belang van indrukken van buitenaf in de eerste drie levensmaanden op de ontwikkeling van de hersenen 'dat is de enige tijd, waarin invloeden van buiten, zoals waarnemingen door neus en oog, door voelen, horen, en proeven, direct hun weerslag vinden in de ontwikkeling van de hersenen, d.w.z. in anatomische veranderingen, in vaste verbindingen tussen de cellen'.Men kan hier dus niet spreken van erfelijk vastgelegde informatie. Wel wijst dit op het grote belang van veelzijdige indrukken in de eerste levensmaanden. Hier doet zich een opmerkelijke parallel voor met wat CAPRETTA et al. (1973) naar aanleiding van onderzoek naar voedingsgedrag hypothetisch stellen: 'the more diverse the diet is in early life, the more open to a varied diet is the person later on'.

Is het mogelijk dat een voorkeur voor een zoete smaak bijvoorbeeeld in deze eerste maanden wordt vastgelegd? Het hiervoor geciteerde geeft aanleiding tot formulering van deze hypothese, maar onderzoek hieromtrent geeft controversiële resultaten. LE MAGNEN vermeldt dat pasgeboren dieren (!) zoete voeding kiezen zonder dit geleerd te hebben. 'Thus sweetness appears to be an

innate signal of calories . . .' (in REICHSMAN, 1972: 77).

Anderzijds kan een voorkeur voor andere specifieke smaken, bijvoorbeeld citroensmaak, worden geleerd door – bij ratten – de smaakstof te injecteren in de moederrat, waardoor de jongen er via de melk aan wennen.

Ook de mens blijkt in de eerste weken van zijn bestaan primair ontvankelijk voor een gevulde maag, wat bij aanname van LE MAGNEN's visie de voorkeur voor een zoete smaak 'verklaart' (in GRINKER et al., 1976). Ook GRINKER et al. stellen: 'Reports in both man and animals document neonatal preferences for sweet solutions' (: 453). Echter, al na 4-6 weken maken meer factoren de voedselopname veel complexer.

Een voorlopige conclusie lijkt te zijn, dat inderdaad sprake is van een zekere voorkeur bij pasgeborenen voor een zoete smaak, die echter vrij snel door andere leerervaringen aangevuld en gewijzigd wordt.

Dit is voor de praktijk van voedingsvoorlichting van groot belang. Het betekent de noodzaak van aandacht voor de allerjongsten (en hun directe omgeving), wat in de t.g.v.o. (preventie tandcariës) wel, bij andere voedingsvoorlichting, waar het probleem evenzeer speelt (obesitas, preventie hart- en vaatziekten) nauwelijks gebeurt.

Over een iets latere fase in de ontwikkeling van het kind schrijft GROEN (1972) in een artikel 'Voeding en opvoeding' – een opvallende linguïstische overeenkomst! Opvoeden geschiedt, aldus GROEN, 'in een cybernetisch feedback systeem, waarbij de goede opvoeder zijn gedrag op het kind afstemt en omgekeerd'. Uitgaande van leertheoretische noties stelt hij een juiste verhouding van beloning en straf voorwaarde voor het goed verlopen van dit proces van tussenmenselijke communicatie. Als voorbeelden van mogelijke gevolgen van stoornissen behandelt hij vervolgens anorexia nervosa (niet-eten) en overvoeding. Hoewel GROEN dus de nadruk legt op opvoeding bij de verklaring van *stoornissen* in voedingsgedrag, is zijn visie duidelijk: voedingsgedrag is als resultante van persoonlijkheids- (endogene) en situationele (exogene) factoren in sterke mate bepaald door de manier waarop mensen geleerd hebben op diverse situaties te reageren. Bij deze leerprocessen speelt de naaste omgeving uiteraard een zeer belangrijke rol.

Ook het model-leren komt naar voren. RACHMAN (1970) maakt als één der weinigen melding van deze processen in relatie tot voedingsgedrag: 'As a great deal of child behaviour is acquired through imitation and modeling, including feeding habits and inclinations, this process may be of considerable interest in the field of nutrition.'

De ontwikkeling van voedingsgedrag staat niet op zichzelf. Ze is ingebed in een veel meeromvattend socialiseringsproces, waarbij het kind leert die cultuurelementen te integreren, die leven in de voor hem/haar relevante sociale groeperingen. Dat wil zeggen, het kind leert zich aan te passen aan de normen en waarden van z'n omgeving, ook wat de voeding betreft. CAPRETTA et al. (1973) wijzen erop hoe belangrijk het aanleren van bepaalde houdingen ('attitudinal dispositions towards foods') is, perhaps a form of modeling behavior in which the child is reinforced for patterning his views after those of his parents'. De grenzen en de betekenis van de omgeving zijn in de loop van het ontwikkelings-

proces van het kind voortdurend in beweging.

Het proces van socialisering, inclusief de ontwikkeling van voedingsgedrag is niet bewust. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de vanzelfsprekendheid waarbij wij bepaalde in de cultuur verankerde gebruiken accepteren. Het is in Nederland (nog) vrij ongebruikelijk te vragen waarom iemand eigenlijk vrijwel iedere dag aardappelen, groenten en vlees eet. Een vegetariër daarentegen krijgt wél vaak de vraag voorgelegd, waarom hij vegetarisch eet.

Bovendien geldt, dat terwijl besluiten rond voedingsgedrag soms in oorsprong nog wel bewuste keuzen zijn, dit bewuste karakter bij frequent terugkomen van dezelfde of vergelijkbare situaties plaatsmaakt voor een gewoontekarakter. 'Once a food habit has taken over the regulation of the feeding habit, this habit tends to persist as a stable determinant of food selection regardless of metabolic needs and prior relations of palatibility' (YOUNG, geciteerd in CAPRETTA et al., 1973.) Gewoontevorming bij menselijk gedrag is noodzakelijk omdat niemand op elk moment de talrijke keuzemomenten die zich in elke situatie voordoen, bewust kan doormaken.

In de vorige paragraaf zijn NUTTIN's ideeën rond het doel- en toekomstgerichte karakter van veel gedrag kort weergegeven. Aan zg. herhalingsgedrag op basis van een eerder beloonde respons kent hij, in het totaal van menselijke gedragingen een minder vooraanstaande plaats toe dan vele andere leertheoretici. Het komt ons voor dat toch bij voedingsgedrag herhalingsgedrag op basis van reïnforcement een belangrijke plaats inneemt, en dus ook het aandeel van gewoontehandelingen, omdat:

- voedingsgedrag als onderdeel van het socialiseringsproces toch al is opgenomen in de ontwikkeling van andere gewoonten;
- voedingsgedrag zeer frequent, dagelijks meermalen, aan de orde is;
- het dagelijkse voedingsgedrag als relatief minder belangrijk wordt gezien, vergeleken met bijvoorbeeld de aankoop van een koelkast, wasmachine e.d. De besluitvorming over dit soort duurzame consumptiegoederen gebeurt dan ook veel meer bewust.

Een gewoontehandeling kent niet (meer) een bewuste besluitvorming.

Voor de voorlichting houdt dit in, als men zich wil richten op verandering van gedrag, dat men als eerste taak ervoor staat het gewoontekarakter van veel voedingsgedrag aan de orde te stellen. Pas daarna kan men voor zover mogelijk op het waarom van het gedrag ingaan, zodat de ander na heroverweging eventueel tot andere wegen kan besluiten. Voorlichting houdt zich in onze opvatting (zie hoofdstuk 4.) immers niet bezig met manipulatie van niet-bewuste gedragingen. Omdat besluit tot een ander gedrag nog niet inhoudt, dat dit andere gedrag ook mogelijk is, zien wij in de bewustmaking tot keuzegedrag overigens niet de enige taak van (voedings)voorlichting.

3. FACTOREN DIE VOEDINGSGEDRAG BEPALEN

3.1. INLEIDING, HET MODEL VAN LANGENHEDER

Er bestaat een redelijk aantal kwantitatieve studies met betrekking tot het voedingsgedrag van Nederlanders, hoewel nog steeds onvoldoende en onvoldoende vergelijkbaar om te komen tot een 'blauwdruk' voor de voeding in Nederland. Dit is de conclusie van een inventarisatie van gegevens (1960-1975) uit epidemiologisch voedingsonderzoek en marktonderzoek op basis van de vraag: 'wie eet wat, wanneer en hoe?' (RETHANS et al., 1976). Nog minder bevredigend is de vraag naar het waarom van de voedselkeuze beantwoord. Duidelijk is dat elk gedrag resultante is van zoveel factoren, dat niet aan te geven is hoe en in welke mate elke afzonderlijke factor het eindresultaat beïnvloedt. Wel is een poging te wagen deze invloed voor voedingsgedrag zo goed mogelijk te beschrijven, waar mogelijk gesteund door experimenten en literatuur, bij gebrek hieraan veronderstellenderwijs.

We maken deze beschrijving op basis van een door LANGENHEDER (1975) opgesteld model (zie fig. 3). Er bestaan uiteraard meer modellen van menselijk gedrag en factoren die hierop invloed uitoefenen. Een keuze is dan ook altijd arbitrair. Wij zijn van LANGENHEDER's model uitgegaan, omdat het overzichtelijk is èn omdat het in de opgenomen variabelen zodanig concreet is, dat vertaling naar de situatie van voedingsgedrag mogelijk bleek. Bovendien biedt het uitdrukkelijk plaats aan feedback, o.i. van belang bij elke vorm van menselijk handelen.

LANGENHEDER stelt gedrag voor als een afhankelijke variabele, bepaald door:
- objectieve omgevingsfactoren;
- sociologische variabelen;
- interne psychologische structuur van een persoon.

Deze interne psychologische structuur wordt gevormd door:
- o cognitieve voorstellingen van een persoon (3.5.1.);
- o zijn motivatie- en behoeftenstructuur (3.5.2.);
- o zijn waarderen van doelen, handelingen en (tussen)-situaties (3.5.3.).

Dit samenspel wordt op haar beurt bepaald door ervaringen en informatie die de persoon in de loop van het leven in interactie met de fysieke en sociale omgeving heeft opgedaan, te weten via:
- o indirecte communicatie, bijvoorbeeld via massamedia (3.4.1.);
- o directe sociale interactie, bijvoorbeeld met buren (3.4.2.);
- o andere ervaringen en informatiebronnen (3.4.3.).

De basis hiervoor ligt in objectieve gegevens, te weten:
- o de fysieke omgeving (3.2.1.);
- o individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen (3.2.2.);
- o het objectieve deel van de sociale omgeving (3.2.3.).

Uit de hier tussen haakjes weergegeven indeling van dit hoofdstuk blijkt, dat terwille van overzicht en ordening zoveel mogelijk aan LANGENHEDER's model

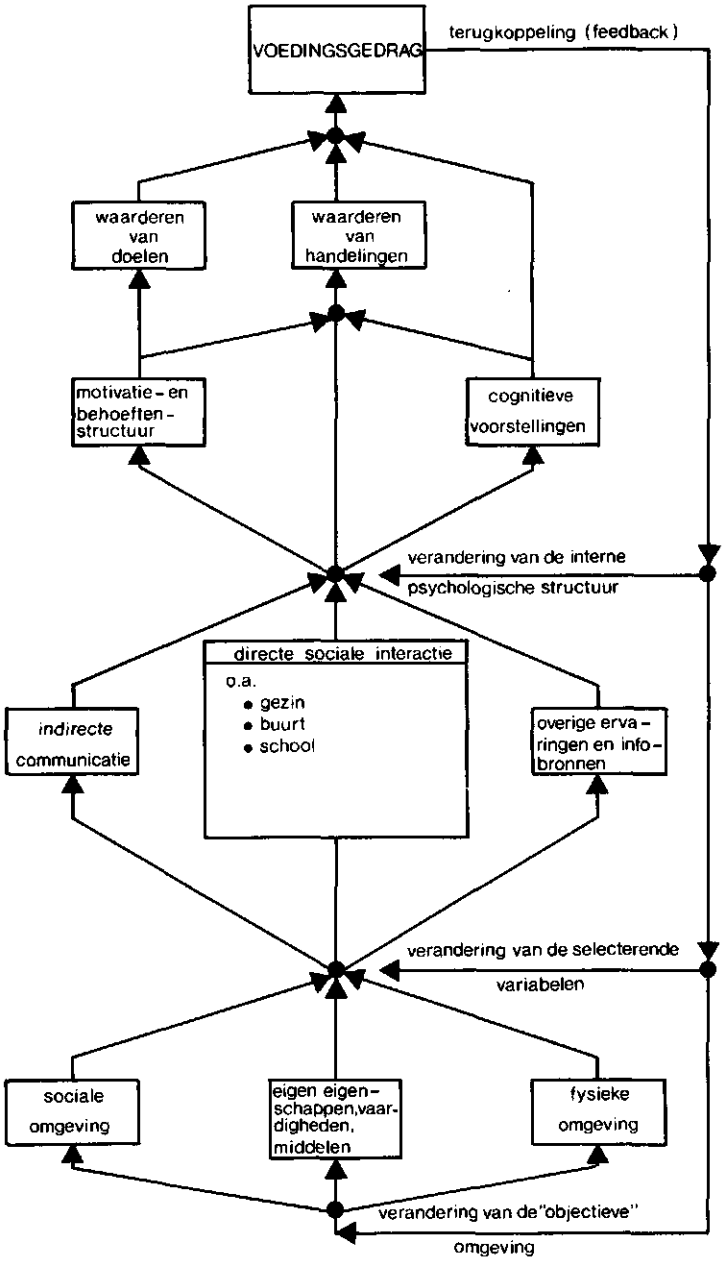


FIG. 3. Factoren die (voedings)gedrag beïnvloeden (naar Langenheder, 1975: 66).

is vastgehouden. Waar dit niet goed mogelijk bleek, zoals bij de literatuur over culturele invloeden op voedingsgedrag, is een aparte paragraaf ingelast (3.3.).

3.2. DE INVLOED VAN 'OBJECTIEVE' GEGEVENS OP VOEDINGSGEDRAG

We rangschikken hieronder in navolging van wat LANGENHEDER noemt 'objektive Umgebung:
– de fysieke omgeving,
– individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen,
– de sociale omgeving.

Onder deze objectieve gegevens verstaan we al datgene wat een neutrale waarnemer zou registreren 'also einschlieslich der Menschen die in dieser Situation agieren (= Soziale Umgebung) und der handelnden Person selbst (= eigene Fähigkeiten, Eigenschaften und Mittel)'.

3.2.1. *De fysieke omgeving*

Het natuurlijk milieu is enerzijds een gegeven, anderzijds overschrijdt de mens de grenzen van beschikbaarheid door allerlei technische en technologische ontwikkelingen: kassenbouw, wecken, invriezen etc. Toch blijven belangrijke factoren die bepalen welke voedingsmiddelen 'van nature' beschikbaar zijn: het klimaat, de bodemgesteldheid, flora en fauna, geografische ligging. Het bestaan van vele nationale en regionale gerechten en voedingsmiddelen is vaak terug te voeren op historische beschikbaarheid. Dergelijke regionale gerechten zijn echter door toegenomen communicatiemogelijkheden zowel via persoonlijk contact (reizen) als via massamedia algemeen bekend geraakt en bovendien algemener beschikbaar door beter transport.

Op de fysieke omgeving, d.w.z. op datgene wat feitelijk beschikbaar is, waar dit beschikbaar is en in welke kwaliteit, werken krachten vanuit diverse categorieën. We zullen deze in hoofdstuk 6. over strategieën terugzien als – intermediaire – doelgroepen: het publiek; de overheid, inclusief semi-overheidsinstellingen; gezondheidswerkers en andere professioneel betrokkenen; het bedrijfsleven. Hier raken we al op het terrein van de objectieve sociale omgeving, o.a. bestaande uit vele formele organisaties. Duidelijk is echter, dat het natuurlijk milieu hier en elders in de wereld, vormgegeven door producenten en bedrijfsleven, dit mede gereguleerd door overheden, professionele werkers en het publiek, bepaalt wat voor elk individu uiteindelijk de objectieve fysieke omgeving zal zijn.

3.2.2. *Individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen*

Individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen beïnvloeden voedingsgedrag, voorzover zij in aanvulling op het natuurlijk milieu bepalen wat er beschikbaar is (= verbouwd, gekocht, bereid wordt) en voorzover zij op de uiteindelijke consumptie invloed uitoefenen.

3.2.2.1. Eigenschappen en vaardigheden

Over het belang van aangeboren versus verworven eigenschappen en vaardig-

heden in relatie tot voedingsgedrag lopen de meningen uiteen. KOUWENHOVEN (1975) citeert onderzoek van DAVIS waaruit blijkt, dat kinderen wanneer ze nog niet beïnvloed zijn door gevestigde voedselpatronen in staat blijken uit een rijkgeschakeerd aanbod het voor hun groei optimale voedsel te kiezen ('wisdom of the body'). Deze (instinctmatig?) juiste keuze werd ook gemaakt door pasgeborenen en oudere kinderen, maar niet door volwassenen. GUSSOW (1972) stelt dat deze interpretatie onjuist (en veelgemaakt) is. De door DAVIS (1928) geoffreerde voedingsmiddelen waren 'so nutritious that it would have been hard for a child to go very far wrong'.

DEN HARTOG (1975) stelt dan ook: 'de homo sapiens is een schepsel van verkregen voedingsgewoonten, en niet een met een fysiologisch fungerend instinct'. Op YUDKIN's stelling dat de eetlust van de mens van nature wordt bepaald door twee smaken, die voor zoet en die voor aroma-rijke stoffen ('savoury', bijvoorbeeld vlees) is veel kritiek, o.i. terecht (zie KEYS versus YUDKIN, in BLIX, 1964).

Over de invloed van individuele eigenschappen op voedingsgedrag is vooral meer bekend geworden uit obesitas-onderzoek. Obese personen blijken in hun eetgedrag veel minder gereguleerd te worden door maagdarmcontracties, een laag bloedsuikergehalte of andere fysiologische hongertekens dan niet-obesen. Voor obesen zijn allerlei externe factoren veel meer aanleiding tot eten, bijvoorbeeld:

- het tijdstip van eten; is het etenstijd of niet? (SCHACHTER & GROSS, 1968);
- de smakelijkheid van het voedsel (NISBETT, 1968; PRICE & GRINKER, 1973);
- het zien van andere etende mensen (SCHACHTER, 1969, 1972);
- de gemakkelijke beschikbaarheid van voedsel (ROSENSTOCK, 1969);
- de mate van angst (SCHACHTER, GOLDMAN & GORDON, 1968);
- de mate van deprivatie (NISBETT, 1968; PRICE & GRINKER, 1973).

Uit het feit, dat ex-obesen precies dezelfde overgevoeligheid voor externe factoren bezitten, concludeert NISBETT (1968) dat deze kenmerken niet een gevolg zijn van te dik zijn, maar persoonskenmerken.

Voor onze vraagstelling naar de achtergronden van voedingsgedrag, niet specifiek van obesen, is van belang de vraag of het veronderstelde verschil in oriëntatie en prikkelgevoeligheid tussen (ex)obesen en normalen, wellicht ook tussen personen in het algemeen discrimineert. PLINER maakt een dergelijke uitbreiding en ziet externe gerichtheid als meer algemene eigenschap: 'It thus appears that differences in eating behaviour between obese and normal subjects may be a special case of a much broader individual difference variable' (in KUYS et al., 1975: 35).

3.2.2.2. Beschikbare middelen

De invloed van beschikbare middelen is des te geprononceerder, naarmate de middelen schaars zijn. Het is dan ook geen toeval, dat NIEHOFF (1969) in een artikel over het veranderen van voedingsgewoonten in ontwikkelingslanden constateert: 'the cost of a food is perhaps the greatest barrier to accep-

tance of new foods in developing countries'. Hij doelt hier op kosten zowel in geld als in energie. Maar de invloed is ook in welvarender omstandigheden nog aanwijsbaar. Zo vonden MYERS et al. (1971) in de Verenigde Staten dat de aanwezigheid van een groot aantal produkten in gezinnen hoger gecorreleerd was met het inkomen dan met de sociale klasse/status. Een kritische kanttekening is dat het hier, voorzover het voedingsmiddelen betrof, ging om verpakte produkten. Hoewel de auteurs vermelden 'low cost packaged goods' te hebben geselecteerd, kan men vermoeden, dat de prijs hiervan in vergelijking met niet verpakte alternatieven aan de hoge kant is, wat de invloed van inkomen relatief doet toenemen. Het ging om produkten die weinig zichtbaar zijn naar buiten. Voor wijn, een meer sociaal gebruikt produkt, was de samenhang met sociale status groter dan met inkomen! De invloed die MYERS c.s. constateren van (geld)middelen is interessant, omdat vaak het onderscheid tussen sociale laag en inkomen niet wordt gemaakt. Dat naast de beschikbare financiële middelen ook beschikbaarheid van keukenuitrusting (oven) e.d. op voedingsgedrag invloed uitoefent, spreekt vanzelf.

3.2.3. *De sociale omgeving (als onderdeel van de objectieve omgeving)*

Ook aan deze gedragsbeïnvloedende variabele is een objectief gegeven aspect te onderscheiden: een mens vindt zichzelf omgeven door bepaalde ouders, door familie, dorps- of stads-, buurt-, streek- of landgenoten. Evenzo vormen allerlei formele organisaties een deel van iemands 'objectieve' sociale omgeving. Tot het objectieve deel van de sociale omgeving behoort aldus LANGENHEDER datgene wat er door een neutrale waarnemer aan wordt waargenomen. Het feit, dat iemand drie (mede)gezinsleden heeft, en de feitelijke biologische relaties is objectief, zonder selecterende vertekening, na te gaan. Evenzo is dat het geval met iemands lidmaatschap van bepaalde verenigingen, het behoren tot een beroepsgroep, het werkzaam zijn in een bepaalde organisatie, of het lid zijn van een oudercomité.

Hoe die medegezinsleden, mede-leden, beroepsgenoten, collega's of overige comité-leden iemands gedrag bepalen, is geen objectief gegeven,omdat iemands perceptie van z'n omgeving en van personen daarin selectief is. Hierdoor kunnen twee personen in eenzelfde sociale omgeving, maar verschillend bezien, tot verschillend gedrag komen. Een mens kan wel van objectieve sociale omgeving veranderen, d.w.z. zich onttrekken aan, dan wel openstellen voor invloeden vanuit een andere sociale omgeving (door verhuizing, andere school, ander werk, etc.) maar in de praktijk is deze flexibiliteit vaak beperkt.

Algemeen blijft gelden, dat er aan elke sociale omgeving objectieve elementen te onderscheiden zijn, die nooit als zodanig hun invloed uitoefenen. Nog veel sterker dan bij de 'feiten' van de fysieke omgeving en van de eigenschappen, vaardigheden en middelen geldt, dat de waardetoekenning aan de 'feiten' afhangt van selecterende variabelen, bijvoorbeeld de interactie tussen persoon en sociale omgeving. Hierop gaan we in 3.4.2. in.

Samenvatting: de invloed van de 'objectieve' gegevens op voedingsgedrag

De zogenaamde 'objectieve' aspecten van de fysieke, en sociale omgeving

en van de individuele eigenschappen, vaardigheden en middelen geven globaal de grenzen aan, waarbinnen het voedingsgedrag zich afspeelt. Hoe zij hun invloed uitoefenen op het uiteindelijke voedingsgedrag is niet bij voorbaat gegeven; zij worden gevormd door en via andere variabelen.

3.3. CULTURELE INVLOEDEN OP VOEDINGSGEDRAG

In de vorige paragraaf is gesproken over de vormgeving van de 'objectieve' omgeving door allerlei andere variabelen. Van belangrijke vormgevende invloed is de cultuur, een factor die LANGENHEDER niet afzonderlijk in z'n schema opneemt. Dit is te begrijpen omdat de cultuur in feite doordringt in alle wel genoemde factoren en bijvoorbeeld mede de sociale interactie bepaalt (zie ook wat over socialisering is gezegd in hoofdstuk 2.). Omdat echter in literatuur met betrekking tot voedingsgedrag en voedingsgewoonten de cultuur wel apart wordt genoemd, willen we er enige aandacht aan besteden.

Cultuur wordt hier, in navolging van VAN DOORN & LAMMERS (1969) omschreven als: het geheel van menselijke verworvenheden die door meerderen worden gedeeld en aan anderen overdraagbaar zijn. De gevormde fysieke omgeving vormt het materiële deel van de cultuur, waarden, normen, verwachtingen en doeleinden het immateriële.

Het duidelijkst komen culturele invloeden naar voren daar waar twee of meer (sub)culturen samenkomen. WESTERGAARD (1967) bespreekt de situatie van minderheden, afkomstig uit vroegere koloniën, in Engeland. Voor deze minderheden, elk met een eigen specifiek voedingsgedrag, is aanpassing aan de nationale voedingsnorm moeilijk omdat 'deze voor vreemdelingen moeilijk te onderkennen is . . . De aan een volksvoeding onderliggende waarden zijn met de paplepel (!) ingegeven en op latere leeftijd moeilijk meer aan te leren' (KOPPERT & KNEGT, 1975). Wanneer integratie ook om andere redenen moeilijk verloopt (politiek, huisvesting e.d.), kunnen minderheden als reactie het eigen specifieke voedingsgedrag accentueren. Het hierdoor vergrote gevoel van groepsverbondenheid vervult zeer waarschijnlijk een deel van de behoeften aan veiligheid, de behoefte ergens bij te horen en erkend te worden (MASLOW, 1954, 1974).

Aan de invloed van culturele factoren op voedingspatronen besteedde de antropologe MEAD ruim dertig jaar geleden al aandacht (MEAD, 1943, 1948). Het voedingspatroon is in de historie van de cultuur ontstaan. Geografische en klimatologische invloeden – de fysieke omgeving – spelen hierbij een rol en ook de technologische kennis met betrekking tot produktie, verwerking, opslag en bereiding – de materiële cultuur – (VAN SCHAIK, 1958).

Cultureel bepaald is ook wat wij eetbaar vinden. Varkens- en rundvlees eten we in doorsnee in Nederland wel, katte- en hondevlees bij voorkeur niet. Lever wordt wel door velen gegeten en geapprecieerd, terwijl hart en hersenen, ook orgaanvlees, als voedsel voor het (huis)dier worden gezien. Vele groenten eten we wel, voor wieren en andere in het wild levende, fysiologisch 'eetbare' planten ruimen we geen plaats in ons menu in. Het gebruik van koffie en thee, bij voor-

keur met iets (zoets) erbij is een 'typisch' Nederlands gebruik. De voorbeelden zijn met talloze andere aan te vullen, maar de essentie blijft dat het voedingsgedrag van mensen, levend in een bepaalde samenleving – bijv. de Nederlandse – in sterke mate wordt bepaald door de cultuur van die samenleving. Er is dan ook sprake van een 'typisch' Nederlands menupatroon, waarbij typisch is afgeleid van het begrip 'Idealtype' (WEBER, 1949, 1972). WEBER omschrijft Idealtype als volgt: 'abstract concepts of relationships which are stable in the flux of events' (in ELDRIDGE, 1972).

Het ideaaltype van het Nederlandse menu is:
– ontbijt met brood, zoet beleg, vlees, kaas, thee, koffie, melk;
– koffiepauze: koffie, veelal met iets erbij;
– lunch, zie ontbijt, evt. met (meer) hartigs;
– theepauze: thee evt. met iets erbij;
– avondmaaltijd met (soep), aardappelen, vlees, groenten, (nagerecht);
– avond: thee of koffie, veelal met iets erbij.

Overigens moet men de grootste voorzichtigheid betrachten voor men een dergelijk stereotiep beeld (impliciet) als uitgangspunt voor voedingsvoorlichting neemt. Hoeveel gezinnen eten bijvoorbeeld elke dag vlees? Recent Nederlands onderzoek wees uit dat 71% van de Nederlandse gezinnen elke dag vlees eet, 18% 5 à 6 keer per week en de overige 11% minder dan 5 keer per week. Terwijl op het platteland 81% elke dag vlees eet, is dit in de stad aanmerkelijk minder nl. 63% (Stichting 4 V's, 1976). Het aantal vrijheidsgraden voor individuen om te variëren binnen dit ideaaltype is groot. Velen gebruiken 's middags de warme maaltijd en 's avonds brood e.d., zonder dat iemand dit 'on'-Nederlands noemt.

Toch ligt het grondpatroon in grote lijnen vast en het is nog onvoldoende bekend of en hoe voorlichting in dergelijke, in de historie van de cultuur gegroeide patronen, veranderingen aan kan brengen. Overigens zijn het nog meer de gewoonten die naast en in aanvulling op dit grondpatroon zijn ontstaan – alcoholgebruik, frisdranken, snacks – die tot uit gezondheidsoogpunt ongewenste consequenties leiden. Deze gewoonten zijn algemeen geaccepteerd en in die zin wellicht geleidelijk onderdeel van onze cultuur geworden, maar de spreiding in het gebruik tussen categorieën binnen de Nederlandse bevolking is zeer waarschijnlijk veel groter dan de spreiding in het genoemde 'grondpatroon'. Voor voorlichters betekent dit de noodzaak tot betere identificatie van groepen met risicovol gedrag.

Ook een cultuur is echter niet statisch; ze verandert steeds. Het is niet onmogelijk dat voorlichting kan inspelen op veranderingen die ontstaan of reeds gaande zijn bij groeperingen met een van het gangbare afwijkende gedrag. [10]

3.4. DE INVLOED VAN DIRECTE EN INDIRECTE COMMUNICATIE EN INTERACTIE OP VOEDINGSGEDRAG

In het volgende komen aan de orde (zie fig. 3):
1. indirecte communicatie, bijvoorbeeld via de massamedia;
2. directie sociale interactie, bijvoorbeeld met familie, buren, collega's, etc.;
3. overige ervaringen en informatiebronnen.

Dit netwerk van communicatie- en interactiestructuren werkt op het uiteindelijk gedrag als een filter. Het gehele sociale systeem met z'n structurele en culturele aspecten – van massamedia tot en met de contacten in het eigen gezin – werkt meebepalend, filterend en vervormend op aard en inhoud van de informatie die over de zogenaamde 'objectieve' omgeving het individu bereikt.

Samen met de meer psychologische waarneming- en verwerkingsmechanismen bepaalt dit filtersysteem uiteindelijk het gedrag. Niet de school die men bezocht heeft, de buurt waartoe men behoort of het feit dat men t.v. heeft, bepaalt op zichzelf hoe men zich zal gedragen. Het zijn de processen van selectie, overdracht en vervorming van informatie in de meest ruime zin die tussen mensen in dezelfde situaties en met dezelfde cultuur vrij homogeen verlopen, zodat uiteindelijk tussen hen grote overeenkomsten in gedrag bestaan. Deze processen betreffen bewoners van één werelddeel, land, stad of dorp, leerlingen van eenzelfde school, buurtbewoners, verenigingsleden, gezinsleden etc.

3.4.1. *Indirecte communicatie*

3.4.1.1. Begrippen

De term 'indirecte communicatie' geeft, beter dan de veel vaker gebruikte term massacommunicatie een der belangrijkste kenmerken van dit soort communicatie aan, nl.:
- de communicatie vindt indirect, d.i. niet rechtstreeks van persoon tot persoon plaats, waardoor
- feedback-mogelijkheden voor de ontvanger beperkt zijn, en
- direct inspelen op reacties van de ontvanger door de (begin)-communicator onmogelijk is.

Andere kenmerken van indirecte of massacommunicatie zijn:
- het doel is openbaarmaking;
- een groot aantal personen kan tegelijkertijd 'bereikt' worden.

MACCOBY & MARKLE spreken van 'mediated communication' en voegen hieraan toe, dat is 'communication via some medium so that no face-to-face setting is involved' (in POOL & SCHRAMM, 1973: 157). Zij doelen dus duidelijk op het door massamedia overgebrachte woord en beeld. Wij prefereren een ruimer omschrijving van massa-communicatie[11], waarbij niet het gebruik van technologische media centraal staat, maar waarbij als gezegd het doel is openbaarmaking. STAPPERS (1975) spreekt in dit verband van 'alle zenden van boodschappen die in principe voor iedereen toegankelijk zijn, is massacommunicatie'. Onder deze omschrijving vallen dus niet alleen via radio, t.v., krant en andere media verspreide boodschappen, maar evenzo die via muurkranten, op-

schriften op muren en bruggen, spandoeken bij demonstraties, affiches, verpakkingen, alsmede via toneel, film, massabijeenkomsten etc. Van sommige van deze middelen tot indirecte communicatie wordt voor boodschappen in relatie tot voedingsgedrag al gebruik gemaakt: affiches voor karnemelk (zomer 1976), voedingswaardedeclaraties op etiketten.

Een veel ruimer gebruik van de massamedia voor voedingsvoorlichting wordt bepleit door MANOFF (1973, 1974), overigens gebaseerd op ervaringen in ontwikkelingslanden. Hij verwijt de traditionele voedingsvoorlichting te veel uit te gaan van 'educational' in plaats van 'promotional' technieken. Gebruikmaken van marketing technieken zou zijns inziens de effectiviteit van voedingsvoorlichting sterk kunnen vergroten.

Eén kenmerk dat deze middelen gemeenschappelijk hebben en waardoor zij zich als gezegd onderscheiden van interpersoonlijke contacten is het grote aantal personen dat tegelijkertijd 'bereikt' kan worden. Deze kwantiteit zegt echter niets over de kwaliteit (het effect) vandaar dat we 'bereikt' tussen aanhalingstekens zetten.

3.4.1.2. Effecten van indirecte communicatie

Over de invloed van indirecte communicatie en vooral die via de massamedia is veel geschreven. De verschillen van mening over het beïnvloedend vermogen moge blijken uit een titel als 'Hidden persuaders' (PACKARD, 1957) tegenover de veel genuanceerder uitspraak van VAN DER MEIDEN 'In het massacommunicatieve onderzoek is men terecht steeds minder gaan geloven in de directe invloed van de media (injectienaaldtheorie), ook steeds minder in de 'flow-theorieën' (nl. dat steeds opinieleiders als veranderaars nodig zijn) en steeds meer in de complexiteit die ontvanger heet en waarvan tal van factoren gewoon nog onbekend zijn' (1975: 4.8-20).

STAPPERS (1975) doet de volgende samenvattende uitspraken over de werking van massacommunicatie: 'de populaire opvatting (nl. dat massacommunicatie een zeer grote en directe invloed heeft) is onhoudbaar . . . dat de massamedia kleine veranderingen kunnen bewerkstelligen, zal niet worden ontkend. Maar gezien de totale situatie van andere invloeden, waarbinnen massamedia hun uitwerking hebben, moet toch worden geconstateerd dat ze als beïnvloedingsmiddel niet geweldig effectief te noemen zijn.'

In een beschouwing over communicatieonderzoek als basis van massacommunicatie zegt HALLORAN (1969) dat de stroming die aan massacommunicatie geen of nauwelijks meetbaar effect toeschrijft, deze mening baseert op surveyresearch, terwijl aanzienlijke attitudeveranderingen worden gerapporteerd vanuit laboratoriumexperimenten.

De reële situatie waarin voedingsgedrag zich afspeelt, lijkt meer op de situatie waarin survey-onderzoek plaatsheeft (vele variabelen in interactie met elkaar) dan dat er veel kenmerken van laboratoriumexperimenten aanwezig zijn. Zonder afbreuk te willen doen aan deze experimenten, die essentieel zijn voor het achterhalen van causale - in plaats van correlationele verbanden, lijkt ons dat voor een uitspraak over de invloed van massacommunicatie op voedingsgedrag vooral de survey-resultaten beschouwd moeten worden.

Een goed oordeel over de invloed van massacommunicatie op (voedings)-gedrag wordt bemoeilijkt, doordat het onderzoek naar effecten dat is en wordt gedaan, vrijwel uitsluitend onderzoek op korte termijn is.[12] Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk een gefundeerd oordeel te geven over de vraag in welke mate het gebruik van frisdranken zou zijn toegenomen als hiervoor niet jarenlang was geadverteerd. Op dergelijke – mogelijk aanzienlijke – lange-termijneffecten van massamedia, maar dan op het gebied van politiek, doelt CHAFFEE (ed.) wanneer hij stelt: 'The limited effects model is simply not believed by the authors of the chapters that follow' (1975: 19).
GUSSOW (1972) stelt dat we het effect van een medium als t.v. niet moeten afleiden uit stijging of daling in de verkoop van een bepaald produkt naar aanleiding van een of meer specifieke commercials. Zij constateert: 'the heavy advertising of beer and soft drinks . . . delivers a message far more potent than the urging to buy any single product'. Welk merk iemand drinkt, is niet zó ter zake. 'What matters, is that a thirsty American in the 1970's goes to the refrigerator to open up a container or bottle rather than to the sink to open up the tap. That behavior has been sold to us.'

We komen hier op het onderscheid tussen impliciete en expliciete reclame. De expliciete advertenties, affiches etc. zijn als zodanig herkenbaar. De impliciete veelal niet, maar deze vorm van reclame draagt bij tot het vormen van bepaalde associaties: affiches voor Story met een grote punt gebak ernaast; 'Een avondje Avro' met beelden van een zich overdadig te goed doend gezin. Deze en dergelijke beelden combineren ideeën van ontspanning en gezelligheid systematisch met (veel) eten. Het is volstrekt onbekend of en hoe dit soort impliciete beeldvorming bijdraagt tot het stellen van normen, maar dit lijkt op langer termijn zeer waarschijnlijk. In elk geval stemmen de volgende gegevens voor Nederland tot nadenken:

a. De verbruikscijfers voor frisdranken stegen van 32 liter per hoofd van de bevolking in 1965 tot 64,7 liter in 1976 (CBS, 1977 in Feiten en cijfers[12].
b. Op grond van een vraag naar wat kinderen na schooltijd te eten en te drinken krijgen, constateren VAN LIERE-VEERMAN & VAN DER WERFF (1975): '. . . gekonkludeerd kan worden dat het meer traditionele patroon van thee met een koekje is vervangen door frisdrank met iets.'

Een tweede handicap bij het doen van uitspraken over de invloed van massacommunicatie op voedingsgedrag is, dat er veel meer onderzoek is naar het effect op attitudes, terwijl over de relatie attitude gedrag zeer vele, vaak controversiële visies bestaan. Zie hiervoor 3.5.4. Toch kunnen we over de invloed van massacommunicatie op (voedings)gedrag wel enige uitspraken doen en wel aan de hand van de functies van massacommunicatie.

3.4.1.3. Functies van massacommunicatie

a. Stellen van de agenda ('agenda-setting').
b. Overdracht van feitenkennis aan groter groepen tegelijk.
c. Bevestiging van mening en/of gedrag.

a. 'Agenda-setting'

COHEN wijst op de rol van massamedia, met name de pers, in het bepalen waarover mensen denken, de zogenaamde 'agenda-setting function': 'It (the press) may not be successful much of the time in telling people what to think, but it is stunningly successful in telling its readers what to think about' (in KLINE & TICHENOR, 1972: 182; zie ook MACCOMBS & SHAW 1972).

Belangrijk voor voorlichting zou zijn te weten welke criteria redacteuren hanteren voor het 'op de agenda zetten' van bepaalde thema's. Het criterium *nieuwswaarde* vaak gekoppeld aan politieke beslissingen (fluoridering) ligt voor de hand. Daarnaast is afstemming op de (veronderstelde) *interessesferen* van het lezers-/kijkerspubliek een criterium. Dit beperkt het scale van thema's, te meer daar voor bepaalde onderwerpen in veel breder kring interesse bestaat dan voor andere. Ter illustratie volgen enkele gegevens uit longitudinaal Zweeds onderzoek (1964-1974). Van een lijst met 115 onderwerpen – 22 over voeding – waarvan respondenten moesten aangeven in hoeverre zij in informatie daaromtrent geïnteresseerd waren, kwam:

'food from the health aspect'	op de vierde plaats
'coffee'	op de tiende plaats
'food products (erg algemeen!)	op de twaalfde plaats
'cooking'	op de vijftiende plaats
'baby-foods'	op de 108ste plaats

Zeer opmerkelijk was dat deze volgorde zich in de loop van de 10 jaar, waarin het onderzoek jaarlijks werd herhaald, nauwelijks wijzigde. In hoeverre men hieruit af mag leiden dat informatie rond het thema 'voeding en gezondheid' meer mensen zal aantrekken dan de lager geplaatste thema's is afhankelijk van de vraag in hoeverre bij eerstgenoemd thema sociale wenselijkheid een rol heeft meegespeeld bij de beantwoording.

Massacommunicatie zal een gesprek op gang (kunnen) brengen bij die personen die de interesse voor het thema al delen. Persoonlijke contacten bouwen dit gesprek voort. 'It is the network of personal contact, derived from a similarity of interests, that determines the source from which communications come, and the pattern they take' (CERHA, 1974: II). Met andere woorden, de 'agenda-setting' functie zal het best slagen voor die thema's die voor een groter aantal mensen tegelijk relevant zijn.

b. Overdracht van feitenkennis aan groter groepen tegelijk.

Naast de agenda-stellende functie kent men aan massacommunicatie de functie toe dat zij concrete feitenkennis aan groter groepen tegelijk kan overdragen. Deze kennisoverdracht gaat slechts zelden gepaard met directe gedragsverandering. Dit kan wel het geval zijn wanneer personen al actief informatie voor nieuw gedrag zoeken. Iemand zoekt slechts dan actief informatie wanneer hij zich bewust is van een gebrek daaraan. Het is niet bekend of de behoefte aan voedingsinformatie in Nederland even sterk wordt gevoeld als uit het zojuist geciteerde onderzoek voor Zweden bleek. HAMMINK (1976) duidt hier enigszins op, in een artikel over zin en mogelijkheden van voedingswaardedeclaraties door te wijzen op de huidige onoverzichtelijkheid van het

assortiment aan produkten: 'de huidige consument heeft dus, in vergelijking met vroeger, meer keuzemogelijkheden, maar het is voor hem moeilijker goede informatie te krijgen over wat hij koopt.'

In door schrijfster in 1974 gehouden interviews hadden 17 van de 26 huisvrouwen geen enkele associatie bij het woord cholesterol. Echter: deze beide voorbeelden van 'objectieve' informatielacunes zijn geen enkele garantie voor een ook subjectief gevoelde informatiebehoefte! Vermoedelijk kan veel voedingsinformatie goed worden overgebracht in een soort 'koppelverkoop' met informatie rond andere interessegebieden, die er dan wel een zekere relatie mee dienen te hebben.

Voor de informerende rol van massacommunicatie is bovendien van belang te letten op resultaten van adoptie- en diffusieonderzoek. Mensen verschillen in de mate waarin zij informatie via de massamedia verkrijgen. Voor personen die vernieuwingen eerder accepteren, de zogenaamde 'earlier adopters' zijn massamedia relatief belangrijker ten opzichte van interpersoonlijke communicatiekanalen dan voor degenen die pas later vernieuwingen accepteren, de zogenaamde 'later adopters' (ROGERS & SHOEMAKER, 1971). Dit in adoptieonderzoek alom gevonden verband gaat ook op het gebied van de acceptatie van voedingsmiddelen op. BYLUND (1963) vond een veel frequenter gebruik van de massamedia als bron van informatie bij de wat hij noemt 'High Triers' = degenen met een hoge score voor het aantal gebruikte nieuwe voedingsmiddelen dan voor de zogenaamde 'Low Triers'.

Uitgaande van een iets gewijzigde omschrijving van adoptie kwam KLEYNGELD (1975) voor Nederland tot een bevestigend antwoord op de vraag naar het bestaan van voedselinnovatoren onder de Nederlandse huisvrouwen; ca 10% wordt door hem tot deze groep gerekend.[13] Opmerkelijk was de instabiliteit van het innovatorschap: in herhalingsonderzoek 15 maanden later kwam slechts een derde (35,5%) van de bij het eerste onderzoek als innovator geclassificeerde huisvrouwen opnieuw als innovator naar voren, wat KLEYNGELD brengt tot de vraag of het innovatorschap wel een permanente eigenschap is.

We kunnen, naar analogie van het opinieleiderschap, vermoeden dat het innovatorschap in elk geval onderwerp-specifiek is, met andere woorden: iemand kan erg vernieuwingsgezind zijn op het terrein van de voeding en nauwelijks op het gebied van kleding. Maar wellicht moet er binnen die terreinen nog meer differentiatie plaatsvinden, wil men KLEYNGELD's resultaten kunnen verklaren.

Dat innovatoren zeker gedifferentieerd moeten worden naar hun mediagebruik stelt SUMMERS (1972) aan de orde. Hij onderzocht de door innovatoren van zes produktcategorieën gebruikte massamedia soorten. De zogenaamde 'home magazines', in Nederland te vergelijken met damesweekbladen als Margriet, Libelle, bereikten innovatoren in alle zes onderzochte produktcategorieën: verpakte voedingsmiddelen, schoonmaakmiddelen, kleding voor de vrouw, cosmetica, kleine en grote huishoudelijke artikelen. Door radio en t.v. werden in geen van de zes produktgebieden een redelijk aantal innovatoren bereikt. Het verband tussen innovatorschap voor een bepaalde produktcategorie en mediumgebruik was sterk afhankelijk van de inhoud van het medium: voor de

verpakte voedingsmiddelen bestond bijvoorbeeld een sterke positieve correlatie met het lezen van speciaal op de vrouw gerichte bladen.

Naast eventuele gedragsverandering bij actief al naar informatiezoekende personen kan een gedragsverandering ten gevolge van massacommunicatie ook plaatsvinden, wanneer personen op het punt staan een verandering door te voeren en aan massacommunicatie een laatste stimulans ontlenen om deze ook door te voeren (LEVENTHAL, 1973).

Een gedragsverandering ten gevolge van massacommunicatie is ook mogelijk, wanneer het gaat om voor het individu relatief onbelangrijke beslissingen.

c. Bevestiging van mening en/of gedrag

Als laatste noemen we de menings- en gedragsbevestigende functie die aan massacommunicatie wordt toegeschreven. De werking van diverse selectieve processen is bij massacommunicatie in het algemeen groot: selectief publiceren, – kennisnemen, – waarnemen, – onthouden, – aanvaarden, – met anderen erover praten. Hierdoor onthoudt men zich bewust en onbewust van informatie die mogelijk tot verandering van eigen standpunten en eventueel gedrag zou kunnen leiden.

Concluderend kan men stellen dat voedingsgedrag door massacommunicatie kan worden veranderd alleen en in zoverre dat:
- de werking van selectieve processen beperkt is;
- het een terrein bestrijkt, waarop de ontvanger zich (nog) geen mening en houding heeft gevormd, zoals bij veel nieuwe produkten;
- personen zelf al actief naar bepaalde informatie zoeken en die (toevallig) via massamedia ontvangen;
- het gaat om voor het individu relatief onbelangrijke beslissingen,
- massacommunicatie meewerkt aan het – op lange termijn – stellen van normen voor bepaald gedrag.

3.4.2. *Directe sociale interactie*

Iemands gedrag wordt in hoge mate bepaald door de naaste omgeving. De interactieprocessen die deze invloed vorm geven, houden een continue respons in, verbaal en non-verbaal, van mensen onderling, op elkaars uitingen en gedragingen. KANFER & PHILLIPS (1970) noemen deze processen als de belangrijkste bij de vorming van menselijk gedrag; zij zijn door hun continue karakter ook verantwoordelijk voor het voortbestaan en veranderen ervan.

Een mens maakt tegelijkertijd deel uit van diverse groeperingen, d.w.z. is in interactie met zeer vele verschillende personen. Deze groeperingen, zelf weer onderdeel van grotere sociale systemen als buurt, school, dorp etc. oefenen bovendien wederkerig en continu hun invloed op elkaar uit. Het is dan ook vrij kunstmatig een scheiding aan te brengen tussen de verschillende sociale systemen. Wij doen dit toch in een poging om naast de genoemde overlappingen toch ook de voor een bepaald systeem karakteristieke invloed op voedingsgedrag te illustreren.

Met voorbijzien aan mogelijke andere indelingscriteria en ons ervan bewust

dat we verschillende criteria tegelijk hanteren, maken we de volgende indeling: – het gezin; – de buurt; – de school.

Voor wat het gezin betreft, besteden we iets uitgebreider aandacht aan de sociaal-economische positie van het gezin en de besluitvorming binnen het gezin. Beide facetten hebben een gedocumenteerde invloed op voedingsgedrag en met name de besluitvormingsstructuren zijn een essentieel gegeven bij het opzetten van een voorlichtingsstrategie.

3.4.2.1. Het gezin

In 2.2.3. waar gesproken werd over de ontwikkeling van voedingsgedrag, kwam de invloed van het gezin al naar voren. Begrijpelijk omdat bij een kind voedingsgedrag zich het meest uitgesproken ontwikkelt en het gezin voor het jonge kind eigenlijk het enige instituut is voor cultuuroverdracht. Ook het voedingsgedrag van volwassenen is echter onderhevig aan invloeden vanuit het gezin: de interactie tussen gezinsleden bepaalt voor een groot deel welke voedingsgewoonten een gezin zich eigen maakt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat velen pleiten voor meer nadruk in programma's van gezondheids- en voedingsvoorlichting op het gezin als totaal in plaats van op individuen (GRIFFITH, 1965).

Zeer duidelijk komt de invloed van het gezin op voedingsgedrag naar voren in studies m.b.t. obesitas. STUART stelt 'dat obesitas niet alleen een intra- maar ook en nog meer, een inter-individueel probleem is. Hij legt de nadruk op, sociale, maar vooral ook op gezinsfactoren die het te veel eten in stand houden' (STUART & DAVIS, geciteerd in KUYS et al., 1975). Hij verwijst hierbij o.a. naar de bevinding dat obesitas geen individueel maar een gezinsfenomeen is; naar eigen onderzoek waaruit blijkt dat echtgenoten van obese vrouwen vaker over eten beginnen en het aanbieden dan de vrouwen zelf en naar de bevinding dat eten weigeren vaak als een belediging wordt opgevat en soms zelf door nog sterker aandringen wordt gevolgd. Dit laatste hangt samen met de normen rond gastvrijheid, met name met de – cultuurbepaalde! – koppeling aan het aanbieden van eten en drinken.

Deze normen leven niet in alle sociale milieus even sterk. Terwijl in sommige milieus de door massamedia via impliciete en expliciete reclame gestelde slankheidsnorm lijkt te zijn geaccepteerd en zelfs geïnternaliseerd, is de norm in andere sociale milieus per se niet anti-obees, noch voor volwassenen, noch voor kinderen en babys (associatie 'mollige' = gezonde baby). Aan dit aspect wordt in vele vermageringstherapieën en in voedingsvoorlichting in het algemeen ten onrechte voorbijgegaan.

Over de relaties tussen de sociaal-economische positie van een gezin en voedingsgedrag is iets meer bekend, reden waarom we er afzonderlijk kort op ingaan.

De sociaal-economische positie van het gezin

Ook hier is de relatie met obesitas het best gedocumenteerd. In uitgebreid onderzoek in Manhattan (New York City) vonden PENICK & STUNKARD (1973) dat

de sociaal-economische status (bepaald door opleiding en beroep van de man) zeer sterk samenhing met de mate van obesitas, bij vrouwen nog sterker dan bij mannen. Bij een driedeling van de sociaal-economische positie tot laag/ midden/hoog, was in de laagste positie 30% van de vrouwen en in de hoogste positie 5% van de vrouwen obees. Voor de mannen waren de cijfers 32% respectievelijk 16%. Bij een fijnere onderverdeling tot 12 categorieën was in de allerhoogste laag 2% van de vrouwen obees tegenover 37% in de allerlaagste.

Het verband was nog sterker voor de relatie tussen huidige obesitas en de sociaal-economische positie van de ouders op 8-jarige leeftijd van de respondent, een duidelijke illustratie voor de invloed van het gezin op de vorming van eetgewoonten. PENICK & STUNKARD concluderen: 'Therefore, associations between the social class of the respondents' parents and his disability (om eetgedrag te reguleren) can be viewed as causal.' Zij constateerden voorts: 'In dramatic contrast to expectations it was found that socio-economic status and upward mobility were inversely related to coronary heart disease. These findings were the opposite of the stereotype (1965!) of coronary disease as the consequence of the drive for achievement and the pressures of responsability. Examination of the data revealed that obesity was also inversely related with status, in part explaining the distribution of coronary heart diseases' (PENICK & STUNKARD, 1973).[14] Obesitas komt ook meer voor bij in sociaal-economische positie dalende dan stijgende personen (STUART & DAVIS 1972).

De wat uitgebreider weergegeven correlatie tussen overwicht en sociaal-economische positie komt in talrijke andere onderzoekingen naar voren (o.a. BJURULF & LINDGREN, 1964; GOLDBLATT et al., 1973; SILVERSTONE, 1973; GIFFT et al., 1972; DWYER et al., 1970). Vrijwel alle beschreven onderzoekingen hebben betrekking op de V.S. en men kan zich afvragen in hoeverre de resultaten opgaan voor de (West)-europese situatie. In Duitsland vond PFLANZ in 1962-'63 een negatieve correlatie tussen sociaal-economische positie en obesitas voor vrouwen, maar een positieve (!) voor mannen. Dit laatste is, gezien het voorgaande, een onverwacht resultaat. In later onderzoek bleek ook bij mannen het verband negatief te zijn (PFLANZ in HOWARD, 1975: 181).

De meeste auteurs presenteren de relaties zonder in te gaan op de (mogelijke) achtergrond ervan; een enkele suggestie gaat in de richting van een 'verklaring': 'one important factor that influences the weight of at least women is social pressure' (ABRAHAMSON, 1964).

Men kan ook stellen dat de weergegeven relaties evenzoveel uitingen zijn van de invloed van directe sociale interactie op voedingsgedrag.

Constateren dat gezinsleden in voortdurende interactie met elkaar de normen ten aanzien van voedingsgedrag in hun gezin bepalen, is één. Hieraan richtlijnen ten behoeve van voorlichtingsstrategieën ontlenen, een tweede. Meer inzicht in de aard van de besluitvorming binnen het gezin is hiertoe van groot belang.

De besluitvorming in het gezin

Op basis van literatuuronderzoek rond 'de problematiek van het kiezen en beslissen in de huishoudelijke sfeer' concluderen MEYER & VAN DE BROECKE (1971) dat nog weinig afgeronde oordelen mogelijk zijn. Desondanks roepen de in de literatuur vermelde gegevens een beeld op dat, zo niet afgerond, dan toch in elk geval bruikbaar is voor ons doel: beter inzicht in de factoren die voedingsgedrag bepalen teneinde voorlichtingsstrategieën hierop te kunnen afstemmen.

PRESVELOU (1970) ziet het verloop van de besluitvorming afhankelijk van:
– de autoriteitsstructuur in het gezin:
o man dan wel vrouw dominant;
o egalitair;
o elk dominant op bepaald gebied.
– sociale klasse:
o hoogste klasse man meer beslissingen;
o middenklasse meer egalitair;
o laagste klasse vrouw meer beslissingen (zie ook KOMAROVSKY, 1961).
– beroepsmatig werken van de vrouw;
o tegenstrijdige onderzoeksresultaten: zowel meer als minder invloed van werkende vrouwen op besluitvorming gemeld;
– fase in de gezinscyclus: naarmate huwelijk langer bestaat, neemt het aantal collectieve beslissingen af (zie ook BLOOD & WOLFE, 1960).

De rol van de diverse gezinsleden is afhankelijk van de fase in de besluitvorming. Het initiatief is vaak een zaak van de meest belanghebbende of degene die de aankoop tot zijn rol rekent, terwijl het verzamelen van informatie en de uiteindelijke koop vaker een collectieve aangelegenheid is. Voorts is de besluitvorming afhankelijk van het belang van de beslissing, vaak omgekeerd evenredig met de frequentie van de koop: een gemeenschappelijke beslissing komt des te vaker voor naarmate de koop minder frequent is. Dit geldt evenwel weer niet als het produkt betrekking heeft op een terrein dat specifiek tot dat van de man dan wel van de vrouw wordt gerekend (HANSEN, 1972). Zo is de vrouw het meest bepalend voor de keuze van de supermarkt en de aankoop van voedingsmiddelen (WICKSTRÖM, in HANSEN, 1972). Toch dient ook de invloed van andere gezinsleden, ook die van de jongere kinderen niet onderschat te worden: bij 30-40% van de bezoeken aan supermarkten (V.S.) winkelen gezinsleden mee. Bij 20-25% zijn dit kinderen, die vaak actief 'meewinkelen' (WELLS & LOSCIUOTO, in HANSEN, 1972: 402).

Informatie over de besluitvorming rond voeding in gezinnen vanuit een andere hoek dan 'marketing' komt uit een onderzoek bij een voedingsvoorlichtingsprogramma in diverse Amerikaanse staten. Men maakt hierbij gebruik van zogenaamde 'aides' die via huisbezoeken proberen de voedingsgewoonten in gezinnen te verbeteren, de zogenaamde EFNEP = expanded food and nutrition extension programs (KENTUCKY, 1973). Volgens deze voorlichtsters speelde in 65% van de gezinnen de 'home-maker', voor het merendeel de huisvrouw, de

hoofdrol bij de besluitvorming rond voeding, in 22% de echtgenoot; in 10% beslisten zij samen en in $2^1/_2$% van de gevallen beslisten de kinderen. Expliciet gevraagd naar de invloed van de man zegt 20% van de voorlichtsters: de vrouw bereidt wat zij denkt dat de man prefereert, terwijl een zesde van de voorlichtsters de man als poortwachter aanwijst doordat hij of de tuin verzorgt (vooral op het platteland) of de boodschappen doet. In een derde van de gezinnen wordt de man zelfs als de voornaamste besluitvormer aangemerkt. [15] Worden de huisvrouwen zelf naar hun mening gevraagd, dan schatten zij hun invloed hoger: volgens hen beslissen zij in bijna 40% van de gevallen alleen over wat en hoeveel voedsel te kopen en in 60% van de gevallen samen met hun echtgenoot. Kennis van vergelijkbaar Nederlands onderzoek ontbreekt ons.

Tot nu toe is gesproken over voedingsgedrag zoals bepaald door interactie binnen het gezin, al werd ook daar duidelijk dat in deze interactie waarden en normen van groter sociale systemen hun neerslag hebben.

We gaan nu over op een geografisch iets meeromvattender sociaal systeem, de buurt.

3.4.2.2. De buurt

Buren, met name de buurvrouw, hebben een belangrijke mogelijkheid tot beïnvloeding van het voedingsgedrag van Nederlandse huisvrouwen. Immers, gevraagd naar degenen met wie zij het vaakst over voeding spreken, komt de buurvrouw op de eerste plaats, gevolgd door schoonzusters, en door kennis/vriendin (Weg, 1972).

In nederlands onderzoek naar de invloed van sociale interactie binnen buurten operationaliseerde men consumptief gedrag in het bezit en/of geregeld gebruik van 38 produkten (Sociale interactie, 1971). Onder deze 38 produkten waren drie voedingsmiddelen, te weten: gezondheidsmargarine, diepvriesgroenten en kant-en-klaarmaaltijden. Vier artikelen hadden met voedingsgedrag te maken: fondueset, barbecue, kruidenrek, placemats, terwijl het zelf maken van dipsausen meer op een activiteit met betrekking tot voeding slaat. Een aantal voorlopige conclusies uit dit onderzoek:

- gemiddeld onderhouden bewoners contacten met vier medebuurtbewoners;
- sociale interactie die zich in consumptief gedrag manifesteert, treedt binnen de buurt in het algemeen wel op, maar niet in elke buurt en niet voor elk produkt;
- voor sociale interactie bleken van de met 'voeding' gerelateerde produkten gevoelig het bezit van een barbecue en het zelf maken van dipsausen. Zij zijn te bestempelen als 'uiterlijke symptomen van de moderne welvaart';
- het gebruik van gezondheidsmargarine vertoont geen enkele gevoeligheid voor sociale interactie in de buurt.'

Met name deze beide laatste conclusies wijzen erop dat het belang van sociale beïnvloeding zal afhangen van de aard van het produkt, bijvoorbeeld van de mate waarin het gebruik of bezit (ook) voor anderen zichtbaar is (borrelhapjes wel, de dagelijkse maaltijd niet).

Verder kunnen we veronderstellen – maar niet meer dan dat – dat de invloed

van de buurt zich ook en vooral via de kinderen zal manifesteren. Vooral jonge kinderen vragen thuis dat, wat ook de buurkinderen te eten/snoepen hebben gekregen. Het bij elkaar (mogen) eten brengt ook de soms andere maaltijdgenoten binnen de gezichtskring van de kinderen en daarmee van de ouders.

3.4.2.3. De school

Studies waarbij men specifiek de invloed van de schoolsituatie op het voedingsgedrag is nagegaan, zijn ons niet bekend. Wel is een treffende illustratie van deze invloed te vinden in onderzoek van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding (KLINKERT, 1975). In onderzoek op een aantal Nederlandse scholen naar effecten van een voorlichtingscampagne met betrekking tot snoepen ontdekte men bij een vooronderzoek, dat bij de bewerking niet de leerlingen afzonderlijk, maar de klassen als verwerkingseenheid moesten worden beschouwd. De verschillen binnen de schoolklassen bleken veel kleiner te zijn dan op grond van toeval te verwachten was. Onderzoekster merkt naar aanleiding hiervan op: 'Het (voedings)gedrag van kinderen en klas is hoogstwaarschijnlijk groepsbepaald' (KLINKERT, 1975: 5).

Deze veronderstelling kan, maar behoeft niet waar te zijn. Ook externe omstandigheden (homogeen sociaal milieu bijvoorbeeld) kunnen een dergelijke uniformiteit bewerkstelligen. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat kinderen, juist in een leeftijd, dat zij zich minder op het ouderlijk gezin en sterker op leeftijdsgenootjes oriënteren, zeer gevoelig zijn voor normen die in interactie met elkaar ontstaan.

Concluderend kan men over de invloed van directe sociale interactie op voedingsgedrag stellen: door te verkeren in een bepaald gezin, op een bepaalde school, in een bepaalde buurt, vereniging of beroepssituatie, verwerft een individu zich bepaalde kennis (en andere niet). Daarnaast maakt het individu zich via een continu proces van beloning en afstraffing in de meest ruime zin de ideeën, opvattingen, waarden en normen van de groeperingen, waarin hij verkeert, eigen. De leden van deze groeperingen oefenen, vaak niet eens bewust, controle uit op elkaars gedrag (sociale controle); uit de pas lopen, met andere woorden ander voedingsgedrag leidt, waar dit zichtbaar is voor andere leden, tot sancties. Dit houdt echter niet in dat verandering van voedingsgedrag dat niet zichtbaar is, altijd gemakkelijker is. Vele van de mede door interactie met de directe omgeving ontwikkelde waarden en normen zijn volledig geïnternaliseerd door een persoon.

Wel betekent het, dat men bij pogingen tot beïnvloeding van voedingsgedrag zo goed mogelijk op de hoogte dient te zijn van de interactiepatronen:

a. om het individu zich van deze invloeden bewust te kunnen maken;
b. om waar mogelijk het programma op die grotere groepen als totaal te richten.

3.4.3. *De invloed van andere ervaringen en informatiebronnen op voedingsgedrag*

LANGENHEDER geeft zelf aan deze categorie ingevoerd te hebben uit overwegingen van zekerheid niets te vergeten. Ze omvat in elk geval al die ervarin-

gen die een persoon opdoet in direct contact met de objectieve omgeving, dat wil zeggen zonder dat hier een filtermechanisme van sociale aard (als bij de directe sociale interactie) tussen staat. Als voorbeeld zou men kunnen geven de ervaring hoe een appel smaakt.

3.5. DE INVLOED VAN DE INTERNE PSYCHOLOGISCHE STRUCTUUR OP VOEDINGSGEDRAG

In dit hoofdstuk gaat het om de invloed van de persoonsgebonden variabelen op voedingsgedrag. We houden terwille van de overzichtelijkheid de door LANGENHEDER in zijn model gemaakte onderverdelingen aan en besteden achtereenvolgens aandacht aan:

1. de cognitieve voorstellingen van een persoon;
2. de motivatie- en behoeftenstructuur;
3. de waardering van doelen en van de acties om die doelen te bereiken.

Afzonderlijk stellen we de relatie tussen attitudes en gedrag aan de orde (3.5.4.). We doen dit omdat bij spreken over de interne psychologische structuur en ook in meer algemene zin spreken over kennis en houding, de voor voorlichting gericht op gedragsverandering interessante vraag is: hoe hangen al deze (interne)variabelen met gedrag samen? In verband met de overweldigende aandacht die met name de relatie attitude – gedrag in dit verband in de literatuur krijgt, leek het ons overzichtelijker dit als afzonderlijke paragraaf op te nemen.

3.5.1. *Cognitieve voorstellingen*

3.5.1.1. Begrippen

De vraag óf en zo ja, in welke mate kennis invloed heeft op voedingsgedrag en nauw daarmee samenhangende de vraag of via kennisverandering (bijvoorbeeld als onderdeel van voorlichting) gedragsverandering te bereiken is, is vaak gesteld, wordt vaak besproken en slechts zelden komt men tot eenstemmigheid. Een van de belangrijkste redenen hiervan is het gebrek aan overeenstemming over de vraag wat men onder kennis verstaat. NOWOTNY & SCHMUTZER (1974) stellen dat nog steeds instituties als de school een voorname rol spelen bij wát als kennis wordt gezien. Criteria als wetenschappelijkheid en rationaliteit bepalen hierdoor de grenzen van wat als kennis wordt aanvaard en wat niet. Dit lijkt wat extreem gesteld. Liever stellen we de kennis waarop NOWOTNY & SCHMUTZER doelen als zogenaamde theoretische kennis naast een andere, even noodzakelijke vorm van kennis, namelijk ervaringskennis. Deze ontstaat door omgang met situaties, mensen en modellen. Nieuwe informatie wordt ook aan deze ervaringskennis getoetst ('reality testing'). Omdat in het algemene spraakgebruik bij kennis vaak op de theoretische kennis wordt gedoeld, geven we de voorkeur aan het ruimere begrip cognitieve voorstellingen.

3.5.1.2. Ontstaan van cognitieve voorstellingen

In de loop van het leven ontvangt elk mens een oneindig gevarieerd aanbod van indrukken. Zelfs in één situatie zijn onnoemelijk veel aspecten te onderscheiden. De mens categoriseert dit overaanbod van informatie met behulp van een soort codeersysteem. BRUNER beschrijft deze categorisering als volgt: 'to categorize is to render discriminably different things equivalent, to group the objects and events and people around us into classes and to respond to them in terms of their class membership rather than their uniqueness' (1956: 1) en later: 'categorization, the process of grouping discriminably different things into equivalence classes' (1974: 128).

Op deze wijze komt elk individu tot de vorming van concepten, informatie-eenheden van elementen, personen en gebeurtenissen, die iets gemeen hebben met elkaar. Hierdoor is de mens in staat tot interpretatie van de wereld om hem heen: 'The term cognition refers to the mental processes of knowing, perceiving and judging which enable an individual to interprete the world about him' (CHISNALL, 1975: 12).

Dit categoriserend samenbundelen van informatie wordt door FRIJDA (1970) benoemd als 'conceptuele transformatie'. Het is de derde vorm van informatietransformatie in een reeks van vijf: selectieve, structurele, conceptuele, operatoire en transformationele. Hij ziet conceptuele informatie-transformatie als eerste vorm van denken, operatoire als tweede (probleemoplossend denken) en transformationele als derde vorm (creatief denken). Het voert te ver op deze onderscheiden in te gaan. Essentieel voor ons betoog is, dat ook FRIJDA stelt dat aangeboden informatie wordt gefilterd, vereenvoudigd, gestructureerd en geordend en dat de resulterende informatie wordt gevoegd in eerdere ervaringen, waardoor nieuwe 'feiten' en 'werkelijkheden' ontstaan.

Niet alleen de aangeboden informatie draagt bij tot de opgeslagen cognitieve voorstellingen. Mensen zoeken zelf ook actief naar informatie, maar dan specifiek die informatie, die hen bij het oplossen van bepaalde problemen mogelijk van nut kan zijn. ARNDT (1969) schetst hiervoor een model, uitgaande van de probleemoplossende consument. In het model voert hij het begrip 'subjectieve behoefte aan informatie' in. Deze is afhankelijk enerzijds van de fase in het beslissingsproces waarin de consument zich bevindt, anderzijds van een aantal predisposities. Bij deze predisposities zijn te onderscheiden:

- de mogelijkheid tot kopen (financiële middelen);
- de wil tot kopen (behoeften, houding, persoonskenmerken);
- informatievariabelen (opgeslagen informatie = ervaring; welke beslissingsregels iemand normaal hanteert; van welke primaire groepen iemand deel uitmaakt en welke gewoonten van mediagebruik hij heeft).

Ook de tevredenheid over een eerdere koop speelt indirect, namelijk via deze predisposities een rol bij de subjectieve behoefte aan informatie.

Naast deze veelheid van interne factoren is ook het aantal externe, informatieleverende factoren niet onaanzienlijk: produktkenmerken, prijs en service, informatie via advertenties, vertegenwoordigers, winkelpersoneel, consumentengids e.d., via vrienden, familie en bekenden. Het geheel vormt een complex

netwerk van variabelen waarvan voor diverse categorieën van consumenten proefondervindelijk moet worden nagegaan hoe de informatie wordt gezocht én verwerkt.

In een algemener beschouwing spreken NOWOTNY & SCHMUTZER (1974) van een primair en secundair proces van informatieverwerking. In de primaire fase worden ontvangen stimuli in eenheden gegroepeerd, terwijl in de secundaire fase deze eenheden volgens bepaalde organisatiestrategieën of schema's tot complexere series worden geordend. Hoe deze groepering plaatsvindt, is afhankelijk van:

- de aard van de stimuli;
- de ervaring, zowel de bestaande kennis als de erop gebaseerde verwachting;
- de opmerkzaamheid van het individu, resulterend uit diens interesse, motivatie en andere (momentane) persoonlijke invloeden.

De werking van dergelijke strategieën, te ontlenen aan 'the pattern of decisions one observes in a problem solver seeking to attain a concept' worden door BRUNER (1974) beschreven.

Vast staat, dat in het informatie-opslagsysteem van elk mens een zeer groot aantal concepten is opgenomen, overigens niet alle permanent. Vele onderzoekers onderscheiden een korte-termijngeheugen (onmiddellijk), een middel-lange-termijngeheugen (semi-permanent) en een lange-termijngeheugen (permanent), waarbij een goed functioneren van de eerste twee voorwaarde is voor vorming van lange-termijnopslag (HANSEN, 1972; VESTER, 1976).

HANSEN onderscheidt:
'defining', 'evaluating' en 'relational' 'attributes' van concepten. Eerstgenoemde kenmerken bepalen de inhoud van de concepten, de tweede de waardering ervan en de derde de samenhang met andere concepten. Het is voor een voorlichter van belang zich af te vragen ten aanzien van welke attributen hij naar verandering streeft!

Met name over die associaties stelt BRUCH in relatie tot eetgedrag het volgende: '... my clinical (!) observations have led me to conclude that the functions of perception, discrimination and cognition play a significant part in the development of correct or incorrect eating behaviour' (in BLIX, 1964). Zonder het nu direct in de pathologische sfeer te trekken, moeten we inderdaad opmerken dat een gangbaar opvoedingspatroon als bijvoorbeeld een lastig of huilend kind 'sussen' of 'troosten' met een snoepje aan deze, wat BRUCH noemt perceptuele misvorming bijdraagt. Het kind leert snoep associëren met de oplossing van (ook voor hem) onaangename situaties: zich alleen, niet lekker voelen etc. . . .

SCHACHTER (1968) stelt dat in deze associaties veranderingen kunnen worden aangebracht, juist doordat ze onderdeel van de cognitieve structuur zijn. Door (alweer) cognitieve manipulaties via de omgeving kunnen deze anders geïnterpreteerd en benoemd gaan worden (in KUYS et al., 1975).

3.5.1.3. De invloed van cognitieve voorstellingen op voedingsgedrag

Niet alle opgeslagen concepten oefenen invloed op het gedrag uit; slechts enkele worden in bepaalde situaties actief werkzaam ('salient'). Hun invloed is afhankelijk van aantal en aard van de concepten.

Het gedrag wordt verder bepaald door de mate van overeenstemming dan wel conflict, het in dan wel uit balans zijn van de concepten (HEIDER, 1957). Een eenvoudig voorbeeld van een cognitieve structuur die niet in evenwicht verkeert, is het volgende:

– Ik weet dat je van te veel chocola eten dik wordt(ervaring, feitenkennis);
– ik weet dat ik niet dik wil zijn (ervaring, kennis van de norm van de omgeving);
– ik weet dat ik chocola lekker vind (ervaringskennis).

De totale structuur is niet in evenwicht.[16] In dit chocoladevoorbeeld is er al sprake van een discrepantie tussen bepaalde concepten, wat voor voorlichting een geschikter aangrijpingspunt geeft dan de volgens NOWOTNY & SCHMUTZER (1974) veel talrijker situaties waarin individuen binnenkomende informatie volgens dermate routinematige schema's verwerken dat men geen probleem herkent. Onze indruk is dat dit bij voedingsgedrag betrekkelijk vaak het geval is; geen huisvrouw kan zich de mentale energie veroorloven zich bij zeer frequente voedingshandelingen continu voor dergelijke discrepanties gesteld te zien.

Een algemeen kenmerk in de beschreven theorieën is nl. dat de mens op den duur situaties in evenwicht probeert te brengen en te houden. Eén van de eersten die hier zeer boeiend een theoretisch schema voor opgesteld heeft en dit ook toepaste op voedingsgewoonten was LEWIN in zijn 'Forces behind food habits and methods of change' (1943!). Hij onderscheidde twee psychologische systemen achter 's mensen voedselkeuze, namelijk een cognitieve structuur enerzijds en een motivationele structuur anderzijds. Elementen van de cognitieve structuur, door LEWIN eenvoudigweg beschreven als 'terms in which people think and speak about food' zijn bijvoorbeeld het onderscheiden van voedsel naar wat eetbaar is en wat niet (zie cultuur), wat passend is voor ons, wat uitheems, het onderscheiden van voedsel naar leeftijdscategorieën (melk is prima voor kinderen, voor ouderen niet nodig), het passend vinden van bepaalde voedingsmiddelen bij bepaalde maaltijden, het onderscheid echte maaltijd versus 'kliekjes' etc . . . Het belang, de betekenis van de eetsituatie is voor LEWIN ook onderdeel van de cognitieve structuur.

Bij een dergelijke ruime opvatting van kennis komt men zeker tot de uitspraak: 'kennis (= cognitieve voorstellingen) beïnvloedt voedingsgedrag'. Dat dit ook af te leiden is uit de argumenten die personen zelf geven voor hun voedingsgedrag, concluderen GROENEVELD et al. (1976) in een oriënterend onderzoek naar deze argumenten waarbij zij speciaal aandacht besteedden aan de invloed van kennis. In voorafgaand literatuuronderzoek troffen zij uitsluitend onderzoek aan waarbij geen verband tussen gemeten voedingskennis en voedingsgedrag kon worden aangetoond. In de daarop gehouden open interviews met huisvrouwen kwam kennis in verschillende vormen naar voren: kennis van

– de waarde die men aan voeding/voedingsmiddelen toeschrijft;

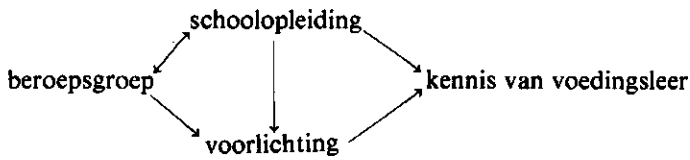
– de prijs, bereiding, sensorische eigenschappen, bereikbaarheid van produkten;
– de manier waarop het lichaam op bepaalde voedingsmiddelen reageert;
– de wensen van het gezin, zichzelf, anderen en gevoelde sociale verplichtingen.

3.5.1.4. Feitenkennis, en de invloed op voedingsgedrag

Beperken we ons nu tot wat in feite een deel van de cognitieve voorstellingen van een persoon vormt, namelijk de feitenkennis met betrekking tot voeding(sleer) en de invloed hiervan op voedingsgedrag. Onderzoek hierover naar causale verbanden is schaarser dan we zouden wensen, maar uit onderzoek naar (cor)relaties tussen voedingskennis en -gedrag kunnen wel enige conclusies getrokken worden. Het verband is niet rechtlijnig in die zin dat een hogere kennis altijd samengaat met een juister voedingsgedrag, maar dat zal niemand, mede gezien het voorgaande, verbazen.

In Nederland gingen PETERS-NANNINGA & BESSEMS-DESTAEBELE (1967) na wat de invloed van de kennis van de huisvrouw van voedingsleer was op de voeding in het gezin. Zij constateren dat 'de kennis van voedingsleer', die bestaat uit de kennis van het voorkomen van bepaalde nutriënten in de belangrijkste voedingsmiddelen 'geen invloed heeft op de kwaliteit van de voeding van het gezin'. Zij laten echter duidelijk de mogelijkheid open, mede gebaseerd op de resultaten van twee onderzoekingen waarin wél verband werd aangetoond, dat 'een meer op de praktijk gerichte kennis van voedingsleer wél invloed zou hebben op de voeding'. Hierbij denken zij o.a. aan kennis van de groepen in de schijf van vijf.

Kennis van de voedingsleer was in dit onderzoek wel gecorreleerd met de schoolopleiding van de vrouw, het beroep van de man en de mate van contact met voedingsvoorlichting. De auteurs stellen zich de relaties als volgt voor:



Het is de vraag of wederkerige relaties niet waarschijnlijker zijn, bijvoorbeeld tussen kennis van de voedingsleer en voorlichting en wellicht ook tussen voorlichting en schoolopleiding, resp. beroepsgroep.

In al ouder Engels onderzoek kwam een redelijke kennis van de huisvrouw met betrekking tot de eiwitten (vooral in vlees) en vitamine C (vooral van fruit met name sinaasappels; niet van aardappelen) naar voren (Nutritional, 1963). Het begrip koolhydraten werd zeer ambivalent ervaren. Enerzijds verbond men eraan: vullend, goed voor als je hard moet werken; anderzijds associeert de huisvrouw het met: dikmakend. Overigens werd suiker in vele gevallen niet onder de koolhydraten gerekend, maar het werd ondergaan met dezelfde ambivalentie: energie-leverend = positief enerzijds en dikmakend, slecht voor je tanden = negatief anderzijds. Vetten werden ongunstig beoordeeld en niet als essentieel onderdeel van de voeding gezien.[17] In door schrijfster in 1974 in Ede

gehouden interviews met huisvrouwen kwamen vrijwel dezelfde punten naar voren; vet werd niet zó ongunstig gezien, alleen 'je moet er niet te veel van krijgen.'

De onderzoekers in het Engelse onderzoek wijzen voorts op de discrepantie tussen deze kennis en het gedrag, maar zijn optimistisch: 'the development of extensive knowledge might well produce a new and highly significant factor for influencing food choice.'

Dat dit optimisme niet zonder meer gerechtvaardigd is, moge blijken uit veel recenter onderzoek met betrekking tot het gebruik (en de waardering) van informatieve labels op produkten. Het aantal mensen dat zijn waardering voor informatieve etiketten uitspreekt, is drie keer zo groot als het aantal mensen dat ze bij hun koopbeslissing hanteert. Dit is niet zo verwonderlijk als men weet dat de voedingswaarde – en daarover geven de etiketten informatie – slechts in 22% van de gevallen als belangrijkste factor bij het kopen van een (nieuw) voedingsprodukt wordt genoemd (advertenties 27%, prijs 20%) (LENAHAN, 1972).

HAMMINK (1976) stelt zeer terecht dat voedingswaardedeclaraties slechts zin hebben in combinatie met een vergroting van algemene kennis over voeding [18]. Blijft deze nl. ongelijk verdeeld en afhankelijk van opleiding dan bestaat er grote kans dat algemene informatie zoals die via voedingswaardedeclaraties de kennis-kloof tussen hoger en lager opgeleiden slechts vergroot. TICHENOR et al. (1970) rapporteren onderzoek dat voor de veronderstelling van een toenemende kennis-kloof bij informatie via massamedia sterke aanwijzingen geeft, althans bij algemene thema's. Heeft de informatie betrekking op sterk gevoelde lokale belangen dan verdwijnt bij toenemende aandacht van de massamedia de kennis-kloof (TICHENOR et al., 1973).

HAMMINK (1976) constateert onder voorbehoud een toename van kennis over voeding bij de Nederlandse huisvrouw; dit op basis van onderzoek van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding: in 1968 wist 15% de schijf van vijf min of meer juist te omschrijven, in 1973 was dit bijna 25%. Zij doet geen uitspraak over wat dit betekent of kan betekenen voor het voedingsgedrag.

Ook GIFFT et al. (1972) stellen dat geen eenduidige uitspraak vóór een positief verband tussen algemene (voedings)kennis en goed voedingsgedrag mogelijk is. Wel concluderen zij een correlatie tussen de opleiding van de moeder en bepaald voedingsgedrag, bijvoorbeeld babyvoeding, gevarieerder eetpatroon, maar het is uit hun gegevens niet op te maken of deze blijft bestaan als sociale klasse constant wordt gehouden.

In een studie naar het effect van voedingsvoorlichting op school bleek geen relatie tussen diverse kennisscores en voedingsgedrag; de scores gingen na de instructie (!) significant omhoog, maar een verandering in voedingsgedrag trad niet op (BAKER, 1972).

De implicaties voor voorlichting zijn duidelijk: veel meer aandacht voor sterk op praktijk- en ervaringskennis gerichte 'kennis'overdracht. Dit betekent de noodzaak van een nauwkeuriger bepaling van doelgroepen, omdat de ervaring rond voeding, en dus de cognitieve voorstellingen van jongeren tussen bijv. 12 en 14 jaar duidelijk anders zijn dan die van huisvrouwen met een 20-jarige gezinsverzorgingspraktijk. Het geven van een beperkte hoeveelheid meer algeme-

ne achtergrondinformatie kan zinvol zijn, tenminste wanneer de leden van de doelgroep het zó kunnen integreren in hun bestaande kennis dat zij het als referentiekader gaan hanteren. Een dergelijk referentiekader – bijvoorbeeld over de plaats van groepen voedingsmiddelen in een totaal pakket – vergemakkelijkt het opnemen en verwerken van (nieuwe) informatie. Voorlichting dient dan ook meer gericht te zijn op verbetering van het vermogen tot zoeken, opnemen en verwerken van informatie dan op het verstrekken van feitenkennis, die binnen zekere tijd vervangen, aangevuld of vergeten moet worden.

Samenvatting: de invloed van cognitieve voorstellingen op voedingsgedrag

Onder cognitieve voorstellingen hebben we verstaan theoretische voedingskennis, alsook het weet hebben van normen en verwachtingen van zichzelf en anderen, van het doel van bepaald voedingsgedrag, eerdere ervaringen met produkten, gerechten etc. Cognitieve voorstellingen vormen de neerslag van diverse processen van informatieverwerving, – opname en – verwerking. Deze treden op bij de omgang van een persoon met situaties, mensen en middelen.

Er is een duidelijke relatie tussen cognitieve voorstellingen en voedingsgedrag. Iemands voedingsgedrag wordt bijvoorbeeld bepaald door de waarde die hij of zij toekent aan bepaalde maaltijdonderdelen of voedingsmiddelen; door associaties bij bepaalde produkten, door kennis van en verwachtingen van medegezinsleden etc.

In een beperkter opvatting van kennis hebben we gesproken over 'feiten'-kennis, d.w.z. kennis van voedingsleer, van nutriënten, de schijf van vijf, produktsamenstelling e.d. Een verband tussen deze meer theoretische kennis en voedingsgedrag is in de meeste gevallen niet aanwezig.

3.5.2. *De motivatie- en behoeftenstructuur*

3.5.2.1. Begrippen

Het begrip motivatie is veel, maar weinig eenduidig beschreven, reden waarom wij er hier kort op ingaan. KRECH & CRUTCHFIELD (1962) stellen zeer ruim dat de vraag naar de motivatie voor gedrag hetzelfde is als de vraag naar het waarom van het gedrag. Een voorbeeld: hij had honger en besloot daarom te gaan eten. In dit geval, waar duidelijk sprake is van een fysiologische behoefte, spreken we van primaire motivatie. Minder aansprekend is het van gemotiveerd gedrag te spreken bij het volgende voorbeeld, dat desondanks valt onder de gegeven omschrijving: hij werd ziek door het eten van bedorven mayonaise. De vraag naar het waarom is immers beantwoord.

MURPHY sluit dergelijke externe invloeden uit door de omschrijving: 'motivation is the general name for the fact an organism's acts are partly determined by its own nature or internal structure' (in BRITT, 1966: 95). Echter, het krijgen van een hartinfarct is volgens deze omschrijving nog steeds te zien als gemotiveerd gedrag.

Een verdere inperking is die tot dát gedrag dat door behoeften ('drives, needs') wordt bepaald. Zo komen we tot BERELSON & STEINER's definitie: 'a motive is an inner state that energizes, activates, or moves and that directs or

channels behavior towards goals' (1964: 240). We zien hierin dezelfde onderscheiding tussen een activerend en een richtinggevend aspect van motivatie als die welke HOWARD & SHETH (1969) maken tussen een zogenaamde 'push' en een 'directing' effect. Ook hun omschrijving van motivatie vertoont overeenkomst: 'motives are the biogenic or psychogenic needs, wants, or desires of the buyer in purchasing and consuming an item in a product class' (N.B.: het gaat hier om koopgedrag).

In elk geval komt duidelijk naar voren het zoeken van behoeftenbevrediging of zoals MASLOW (1954) stelt 'seeking need gratifications'. Sommigen pleiten voor het reserveren van de term motivatie voor psychologische verschijnselen en sluiten fysiologische dus uit (SCHREIER, in BRITT, 1966). Omdat op deze wijze de interessante vraag naar de relatie tussen fysiologische behoeften en voedingsgedrag hier buiten beschouwing zou blijven, geven we de voorkeur aan de door HANSEN (1972) o.a. in navolging van HULL (1952) gemaakte onderscheiding in primaire en secundaire motivatie.

Primaire motieven zijn 'centrally located drives reflecting inherited biological needs'. Zij worden geactiveerd door biochemische processen in het lichaam. Honger en dorst zijn hier voorbeelden van.

Secundaire motieven zijn alle andere krachten tot bepaald gedrag, ontleend aan (geïnfereerd uit) observatie van het feitelijke gedrag. Deze motieven kunnen voortkomen uit alle door MASLOW (1954, 1974) onderscheiden niet-fysiologische basisbehoeften.

3.5.2.2. Enkele modellen van menselijke behoeften

MASLOW onderscheidt de volgende basisbehoeften:
- fysiologische behoeften (physiological needs);
- de behoefte aan veiligheid en structuur (safety needs);
- de behoefte ergens bij te horen en bemind te worden (belongingness and love needs);
- de behoefte aan zelfrespect en achting van anderen (esteem needs);
- de behoefte aan zelfverwerkelijking (need for self-actualization).

Verder noemt hij de volgende essentiële voorwaarden voor de vervulling van de basisbehoeften: 'These conditions are not ends in themselves but they are almost so since they are so closely related tot the basic needs, which are apparently the only ends in themselves':
- de behoefte aan kennis en inzicht (desires to know and understand);
- de behoefte aan schoonheidsbeleving (aesthetic needs);
- de behoefte aan transcendentie.

Hoewel deze laatste behoefte door MASLOW niet in het hoofdstuk over basisbehoeften wordt opgevoerd, geeft hij later het wezenlijke belang duidelijk aan:
. . .it seems quite clear that this need to go out beyond the limits of the ego may be a need in the same sense that we have need for vitamins and minerals.'

MASLOW poneert hierbij een hiërarchische ordening, dat wil zeggen dat een mens pas toekomt aan een 'hogere' behoefte als de voorgaande, 'lagere' is vervuld. Deze veronderstelling is vaker geciteerd dan empirisch getoetst.[19]

Onderzoek waar dit wel gebeurde – in de context van een arbeidssituatie – gaf geen aanleiding tot verwerping van de hypothese (TEN HORN, 1975). Wel bracht de gepostuleerde hiërarchie VAN STRIEN (1975) tot de kritiek dat MASLOW geen relationeel, maar een biologisch model van menselijk gedrag heeft ontworpen. In een relationeel model staat de relatie van de mens met zijn omgeving centraal, een uitgangspunt dat wij tot nu toe eveneens tot richtlijn voor de analyse van (voedings)gedragsbepalende factoren hebben aangehouden.

Een duidelijk relationeel model – waarin MASLOW's model overigens onder te brengen is – is dat van NUTTIN (1961). Hij onderscheidt fundamentele behoeften op drie niveaus:
– biologisch;
– sociaal;
– existentieel.
Op elk van deze niveaus streeft de mens bovendien enerzijds naar (het behoud van) identiteit, Anderzijds naar contact en interactie. Men krijgt zo zes fundamentele behoeften. De mens komt in deze modellen dus niet naar voren als een passief stimuli afwachtend individu, maar als een actief op de omgeving betrokken persoon.

3.5.2.3. De relatie tussen behoeften en voedingsgedrag

Het hiervoor geschetste beeld van de invloed van motivatie op gedrag, nl. als enerzijds gebaseerd op succesvolle vervulling van eerdere behoeften en anderzijds als stimulans én richtsnoer voor toekomstig gedrag, gaat ook op voor voedingsgedrag.

Het verband tussen de fysiologische behoeften en voedingsgedrag lijkt duidelijk: zodra een persoon honger of dorst heeft, is hij geneigd tot gedrag dat deze behoeften kan bevredigen. Men kan verwachten dat, wanneer voedsel in voldoende mate aanwezig is, de per tijdseenheid opgenomen hoeveelheid voedsel/vloeistof zal afnemen, naarmate de persoon minder hongerig, resp. dorstig wordt. Het is wellicht een van de meest illustrerende symptomen van onze westerse welvaart dat dit verband nog wel opgaat voor kinderen, maar dat volwassenen zich met betrekking tot hun voedingsgedrag in het algemeen niet op hun interne signalen oriënteren: 'dass Kinder (4-6 J) noch generell in ihrem Appetitverhalten stärker biologisch reguliert sind' (JUNG, 1973: 170). JUNG vermoedt, in aansluiting aan de ideeën van SCHACHTER et al., dat 'die Reagibilität auf interne Reizen im Verlauf der Entwicklung durch Lernprozesse – in Richtung höherer Ansprechbarkeit auf Auszenreize – überformt werden kann' (1973: 170). Met andere woorden: volwassenen leren het af op hun interne prikkels (maagcontracties e.d.) te letten. Het is ook niet nodig, gezien de in Nederland in het algemeen bevredigde (niet identiek aan bevredigende!) toestand van de maag. Andere secundaire motieven worden sterker gedragsbepalend, bij obesen in nog veel sterker mate dan bij niet-obesen. Dit is ook ter sprake gekomen bij de bespreking van de 'objectieve' individuele eigenschappen (3.2.2.). Overigens blijkt wanneer personen experimenteel door vasten in een zogenaamde deprivatietoestand worden gebracht, dat ondergewichtigen een grotere gevoeligheid voor interne prikkels hebben (behouden?) dan overgewichtigen, terwijl

personen met normaal gewicht zich ook qua gevoeligheid hiertussenin bevinden (NISBETT, 1968).

De vraag hoe de andere niet-fysiologische behoeften hun invloed op voedingsgedrag uitoefenen, is nog veel complexer. Enige duidelijkheid verkrijgen we wanneer we kijken welke andere functies nog aan voeding worden toegekend. VAN SCHAIK (1958) onderscheidt zeven functies van voeding, te weten:

- fysiologische
- recreatieve
- genots-
- familiecontact-
- educatieve
- sociale
- status-

} functie

GIFFT et al. (1972) zien voeding vooral in de functie van het verschaffen van zekerheid:
- biologische (vergelijk fysiologische functie);
- emotioneel (als uitlaatklep, als geconditioneerde reactie: liefde, aandacht);
- sociologisch (statussymbool, communicatiemiddel, middel tot zelfexpressie);
- als bron van zintuiglijk welbevinden (vergelijk genotsfunctie).

Vermoedelijk speelt voeding in de vier laatste door VAN SCHAIK onderscheiden functies – middel tot familiecontact, educatieve, sociale en statusfunctie – een rol bij de vervulling van de behoeften aan veiligheid en structuur zoals die door MASLOW en anderen als basisbehoeften zijn geformuleerd. Waarschijnlijk zeker ook bij de behoefte erbij te behoren en bemind te worden.
De statusfunctie duidt verder op de mogelijke rol van voeding bij de vervulling van de behoefte aan achting van anderen. Wij hebben de indruk dat het belang van voeding bij de vervulling van behoeften afneemt, naarmate deze hoger in de behoeftenhiërarchie staan. Kennis van onderzoek dat op deze en andere mogelijke relaties ingaat, ontbreekt ons echter, zodat deze veronderstelling, evenals overigens de hiërarchische ordening op zichzelf, speculatief blijft.[20]

Vast staat echter wèl, dat voeding aan de vervulling van al deze behoeften met uitzondering van de fysiologische indirect bijdraagt, dat wil zeggen zelf een *symbool* is geworden van: liefde, respect, achting, vertrouwen.
Een overzicht van de genoemde behoeften en functies is te vinden in Fig. 4.

MASLOW	NUTTIN	VAN SCHAIK	GIFFT et al.
fysiologisch	biologisch	fysiologische	biologische zekerheid
veiligheid, zekerheid	sociaal	genotsfunctie sociale familiecontact	welbevinden emotioneel
sociaal, erbij horen		recreatieve status	
zelfrespect	existentieel	educatieve	sociologisch
zelfverwerkelijking			

FIG. 4. Een viertal schema's van menselijke behoeften.

Samenvatting; de inhoud van motivatie- en behoeftenstructuur op voedingsgedrag

Fysiologische behoeften zijn in onze welvaartssituatie als motief voor voedingsgedrag overvleugeld door niet-fysiologische behoeften. Slechts in (experimenteel opgewekte) noodsituaties spelen zij een rol, en wel duidelijker bij kinderen dan bij volwassenen. Tussen volwassenen bestaan dan opmerkelijke verschillen in gevoeligheid voor de objectief lichamelijke uitingen van fysiologische behoeften (o.a. maagcontracties). In de vervulling van de talrijke, niet-fysiologische behoeften draagt de voeding indirect bij, dat wil zeggen als symbool van liefde, respect etc.

Of en hoe voeding(smiddelen) gebruikt worden als uiting van bepaalde gevoelens is afhankelijk van de cultuur en van de manier waarop groepen en individuen die cultuur in eigen situaties interpreteren.

3.5.3. *De waardering van doelen en van de acties om die doelen te bereiken*

LANGENHEDER (1975) zegt het in zijn taal beknopter dan de titel van deze paragraaf weergeeft: 'Valenzen von (Ziel)situationen' en afzonderlijk 'Valenzen von Handlungen und Zwischensituationen (= Widerstand)'. De kerngedachte van deze paragraaf is dat de waarde die iemand toekent aan de met bepaald gedrag te bereiken doelen een belangrijke overweging is voor uitvoering van dat gedrag. Bij deze waardebepaling calculeert een persoon echter de aard en ernst van eventuele moeilijkheden om dat doel te bereiken, in.

Nu staan doelen nooit op zichzelf; bij vrijwel elk doel is een hogergelegen, meer abstract, en een lagergelegen, specifieker doel te onderkennen. Uitgaande van een bepaald doel komen we de hogergelegen doelen te weten door de vraag te beantwoorden 'waarom of waartoe willen we dat doel bereiken?' Het antwoord op de vraag 'waardoor of waarmee willen we het bereiken?' geeft de lagergelegen doelen aan. Het is mogelijk elk via communicatie realiseerbaar doel in deze doelenhiërarchie als (uiteindelijk) doel voor voorlichting te stellen en de lagerliggende doelen te beschouwen als intermediaire doelen.

Nemen we als voorbeeld 'adequaat voedingsgedrag'[21].

De vraag naar het 'waarom/waartoe?' beantwoorden we met: om een bijdrage te leveren tot de preventie van hart- en vaatziekten. De vraag naar het 'waardoor/waarmee?' is in feite een vraag naar de acties, nodig om die doelen te bereiken. Op deze vraag zijn vele antwoorden mogelijk; een keuze is altijd arbitrair. Wij kiezen, op basis van de adviezen, zoals die o.a. door de Voedingsraad zijn gedaan en zoals die tot uiting komen in de voorlichtingsboodschap van de Nederlandse Hartstichting de volgende twee doelen:
– een bewuste keuze voor soms niet-consumeren (soberheid);
– een ook overigens bewuste produktkeuze (bijvoorbeeld tussen halvarine, margarine, dieetmargarine, roomboter).

In het nu volgende gaan we daarom ook in op:
o de waardering van produktkenmerken en hoe dit oordeel voedingsgedrag beïnvloedt;
o de waardering van niet-consumeren (soberheid) in relatie tot voedingsgedrag.

Daarvoor komt nog de vraag aan de orde over wiens doelen we eigenlijk spreken.

3.5.3.1. Wiens doelen zijn uitgangspunt voor voorlichting?

Het is opmerkelijk, dat alle eerder gegeven doelomschrijvingen doelen weergeven vanuit het standpunt van de voorlichter/gezondheidskundige. Het is zonder meer niet zeker – pessimisten zullen stellen: het is zeer onzeker – dat een bepaald individu dit voedingsgedrag ook ziet als (intermediair) doel en als middel om het verdergelegen doel van het voorkómen van hart- en vaatziekten te bereiken. Ook is het mogelijk dat een persoon zich wel een optimaal voedingsgedrag ten doel stelt, maar dan uit andere dan gezondheidsoverwegingen. Het is zelfs goed mogelijk, dat op het moment, dat een voorlichter/gezondheidskundige over voorlichting denkt, de cliënt goed voedingsgedrag in verre verten niet als enig doel van bewust eigen handelen ziet. Met andere woorden: de kans is groot, dat de doelen die de voorlichter/gezondheidskundige zich op basis van – epidemiologisch gedefinieerde – gezondheidsproblemen voor de doelgroep voor ogen heeft, geheel andere doelen zijn dan die welke (leden van) de doelgroep nastreven.

Ook en juist wanneer een bepaald persoon zich een bepaald doel (nog) niet voor ogen heeft, moeten we aandacht besteden aan het oordeel van de persoon over dit doel, wil er althans enig aangrijpingspunt voor voorlichting uit voortkomen. Ervan uitgaande dat de beslissing over het al dan niet gehoor geven aan voorlichting volledig ligt bij de cliënt, stelt HRUSCHKA: 'Wir wissen dass die Verwirklichung eines Beratungsvorschlages entscheidend davon abhängt ob der Klient das sachliche Problem, etwa falsche Ernährung der Familie ... auch subjektiv als Problem erkannt und als belastend empfunden hat. Nur dann ist er so motiviert dass er ... selbst aktiv wird. Und nur dann ist gewahrleistet dass das Ratgeben auch wirklich zu einem konkreten Resultat führt ... dass der Rat auch in den Tat umgesetzt wird' (1972: 23).

Hierbij zij opgemerkt, dat HRUSCHKA kennelijk van een situatie uitgaat, waarbij de volledige beslissing en macht om raad in daad om te zetten, ligt bij het individu. Dat dit niet altijd het geval is, is duidelijk. Desondanks blijft gelden, dat probleemonderkenning in de eigen situatie een belangrijke voorwaarde voor actie is.

Waar van een dergelijke eigen betrokkenheid in eerste instantie nog geen sprake is, wordt deze probleemonderkenning in de eigen situatie van de doelgroep een extra (intermediair) doel voor voorlichting. Dit geldt zowel voor op individuen en groepen gerichte voorlichting als voor voorlichting gericht op beleidsbepalers en andere functionarissen.

3.5.3.2. Het oordeel over produktkenmerken en de invloed daarvan op voedingsgedrag

In een besluitvormingsproces, dat leidt tot een eerste aankoop van een produkt, wanneer de koop nog een bewuste beslissing is, zijn diverse fasen te onderscheiden. HAMMET & VAN DE MARK (1972, 1973) geven een vereenvoudigd model voor de keuzen met betrekking tot de voedselinkopen van een gezin (fig. 5.). Fase 1 geeft een belangrijke voorwaarde aan die men in andere modellen niet opgenomen ziet. Vermoedelijk neemt men impliciet aan, dat aan deze voorwaarde is voldaan. Dit is: acceptatie van de rol van voedselvoorziening, door iemand, in de meeste gevallen de huisvrouw. De invloed van de evaluatieve factoren waarover deze paragraaf handelt, komt vooral in fase 3 en 4 naar voren. Echter ook in het toekennen van een bepaalde geloofwaardigheid en deskundigheid aan de informatiebronnen (fase 2) speelt een persoonlijk oordeel mee. Evenzo in de wijze waarop men de rol als voedselvoorziener accepteert (fase 1). Een routineaankoop verloopt rechtstreeks van fase 1 naar fase 5. Met de teruggaande pijlen duiden de auteurs op een continue terugkoppeling van ervaringen; deze voortdurende leerprocessen beïnvloeden toekomstige beslissingen. Onderdeel van deze ervaringen zijn bijvoorbeeld de reacties van de sociale omgeving. HAMMET & VAN DE MARK vermelden resultaten van het toesturen aan huisvrouwen van 6

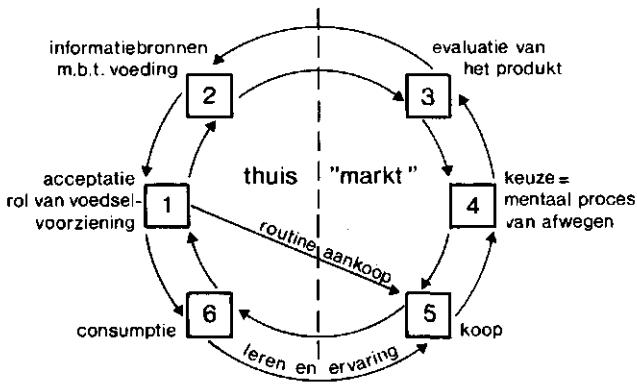


FIG. 5. Het keuzeproces bij voedselaankopen.

recepten met zogenaamde 'cottage cheese'. In de gezinnen waar alle leden van deze kaas hielden, zei 50% van de huisvrouwen, dat zij de recepten aantrekkelijk vond; in de gezinnen waar één of meer gezinsleden niet van de kaas hielden, vond meer dan 80% van de huisvrouwen de recepten niet aantrekkelijk!

Uit onderzoek naar de besluitvorming rond de aankoop van niet-duurzame goederen waartoe voedingsmiddelen uiteraard behoren, komen opmerkelijke verschillen met de veel frequenter bestudeerde adoptieprocessen bij duurzame consumptiegoederen naar voren:

- de lengte van het besluitvormingsproces tot de eerste aankoop is korter (minder risico!);
- de eerste aankoop vervult de rol van uitproberen, zodat pas bij herhaald gebruik zinvol van adoptie te spreken is (zie ook KLEYNGELD's definitie in noot 13;
- consumenten komen op de hoogte van het bestaan van nieuwe produkten via massamedia, door ze in winkels te zien en door persoonlijke communicatie.

  Het belang van elk der informatiebronnen varieert sterk per produkt. ARNDT suggereert hierbij het waargenomen risico als belangrijkste factor; naarmate een persoon het risico groter acht, is aanvulling van onpersoonlijke informatie met persoonlijke (ervaringen) wenselijker (in HANSEN, 1972).

Nadat men na enkele keren de aankoop gedaan te hebben tot de keuze van een bepaald merk en soort is gekomen, houdt men bij ongewijzigde situatie (dezelfde winkel, hetzelfde assortiment) vast aan de eenmaal gemaakte keuze. Zelfs bij een gewijzigde situatie houdt men de keuze vaak aan, omdat men de – vaak geleidelijke – verandering niet als verandering opmerkt. Naarmate de aankoop vaker herhaald wordt, vereenvoudigt zich het besluitvormingsproces. Dit betekent niet dat het koopproces volledig automatisch verloopt; alleen vragen dergelijke gewoonte-aankopen geen 'conscious and considered evaluations every time they are made' (CHISNALL, 1975: 21). Echter, de mogelijkheid tot verandering doet zich voor wanneer het kopen te eentonig wordt, of zoals HANSEN het stelt: 'the aroused conflict may fall short of the optimal level'. Men wil wel weer eens wat anders. Dit hernieuwd afwegen en eventueel veranderen van merk en soort produkt kan ook gebeuren naar aanleiding van een door de omgeving opgewekt conflict: kennissen, een voorlichtingsavond, verandering in algemeen klimaat (bijvoorbeeld additieven in voedingsmiddelen), ongunstige ervaring met het produkt zelf e.d. (CHISNALL, 1975).

LEWIN (1958) constateerde, dat de mate van spanning ('tension') bij de aankoop voor verschillende voedingsmiddelen sterk verschilt en ook afhangt van het beschikbare inkomen. Dit laat zich begrijpen uit zijn krachtenveldtheorie, waarbij hij voedingsgedrag ziet als een labiel en quasi-stationair evenwicht. Op zo'n situatie werken altijd krachten vóór en tegen verandering. De aard en sterkte van die krachten – en daarmee ook de opgewekte spanning bij pogingen tot verandering – varieert, al naar gelang de aard van de situatie: soort produkt, inkomen e.d.

Uiteraard spelen bij aankoopbeslissingen ook de eigenschappen van het produkt zelf een rol (zie fase 3 in het model van HAMMET & VAN DE MARK). Maar altijd de eigenschappen, zoals gezien door de consument! KOUWENHOVEN (1974) noemt de volgende factoren aan het voedsel zelf die acceptatie beïnvloeden: prijs, zuiverheid (?), vorm, kleur, geur, smaak + aroma, verpakking, bereiding. De invloed van de prijs van het produkt is hierbij niet alleen een economische, maar ook een psychologische; velen geloven in een directe relatie tussen de prijs van een produkt en de kwaliteit ervan (WILMOT & BATJER, 1966). Het is niet bekend voor welk deel van de Nederlandse huisvrouwen dit geldt, maar het zou interessant zijn te weten of sommigen aan de lagere prijs van bijvoorbeeld magere en halfvolle melk ten opzichte van volle melk een bevestiging ontlenen van hun mening, dat volle melk volwaardiger is.

Het is duidelijk, dat niet alle produktkenmerken voor ieder altijd even belangrijk zijn; het assortiment aan voedingsmiddelen zou in dat geval aanzienlijk minder gevarieerd zijn dan thans het geval is. Daarbij gaat het dan niet alleen om de meer 'objectieve' verschillen in leeftijd, inkomen, woonbuurt e.d., maar evenzeer om verschillen in persoonlijkheid (vernieuwingsgezind, expansief versus behoudend, voorzichtig bijvoorbeeld), en gebruik voor een bepaald doel.

Een van de taken die marktonderzoek zich stelt, is de segmentering van de markt, juist ook op basis van dergelijke typologieën. Men zou zich kunnen voorstellen dat een typering zoals ROTTER (1954) die maakt in personen die situaties en hun eigen gedrag daarin zien als onder invloed van vooral externe factoren ('external control') en personen, die meer in interne invloeden denken ('internal control') in verband te brengen is met de manier waarop mensen op (produkt)informatie of andere aspecten van het koopproces reageren. Wil voorlichting van dergelijke typologieën gebruik kunnen maken, dan is echter wel noodzakelijk, dat ze vooraf te indiceren zijn. Zo vinden NISBETT & KANOUSE (1969) in overeenstemming met SCHACHTER's stelling, dat obesen meer door externe factoren en minder door interne (honger)gevoelens worden beheerst, een volledig ander verband tussen de tijd verlopen tussen de laatste maaltijd en koopgedrag in een supermarkt van obesen en niet-obesen. Terwijl normale personen meer kochten, dan ze van plan waren toen ze de winkel binnenstapten, naarmate de laatste maaltijd langer geleden was, kochten obesen juist meer als ze net gegeten hadden! De onderzoekers stellen voorzichtig dat eten zelf voor obesen een soort stimulans tot kopen vormt.

In het onderzoek waarvan in deel I verslag is uitgebracht, is gevraagd naar het oordeel van de respondenten over 4 onderdelen van de voorlichtingsboodschap (WESTMAAS-JES, 1975). Gevraagd is hoe respondente stond tegenover:

a. de gepropageerde matigheid: minder en vooral minder van de gebruikelijke tussendoortjes;
b. vervanging van volle zuivelprodukten door magere;
c. het gaan gebruiken van produkten met meer meervoudig onverzadigde vetten (m.o.v.) in plaats van dezelfde produkten met verzadigde vetten;
d. reduceren van het gebruik van vet vlees en vette vleeswaren.

Alle gegevens bijeengenomen, blijkt men het meest positief te staan tegenover het idee van matigheid en daarna zegt men het minst moeite te hebben met achtereenvolgens het reduceren van het gebruik van vet vlees, het gaan gebruiken van m.o.v.-rijke produkten en het overgaan op magerder melkprodukten. Of dit oordeel overeenkomt met het feitelijke gedrag, is zeer de vraag, want 'men is al erg matig' en men 'eet al nauwelijks vet vlees'. We vinden hier, wat betreft de invloed van het oordeel op voedingsgedrag, een illustratie van het door HRUSCHKA (1972) gestelde, nl. dat het van groot belang is het oordeel met betrekking tot de toepasbaarheid in de eigen situatie te kennen (vergelijk ook het Health Belief Model in hoofdstuk 5.).

3.5.3.3. Het oordeel over niet-consumeren (soberheid) in relatie tot voedingsgedrag

Het is niet zo verbazingwekkend dat we over het aspect niet-consumeren nog weinig in marketingliteratuur vinden: 'De reclame richt zich op de mens die door goederen te kopen completering zoekt voor gevoelens van gemis, individuele en sociale. Daardoor is de reclame gedwongen een gereduceerd mensbeeld, nl. dat van de op genotbevrediging afgestemde mens, te hanteren. Aan een compleet mensbeeld heeft zij om consumptief-communicatieve redenen geen 'boodschap' (Werkgroep massacommunicatie, 1975:93).[22]

Toch wringt er iets in deze redenering. Door een 'op genotbevrediging afgestemde' mens te stellen naast en tegenover een 'compleet' mens en deze genotzoeker vervolgens voor te stellen als doelwit van de reclame, draagt men bij tot de indruk tot de leveranciers van genot vooral materiële zaken te rekenen. De vraag is: is welzijn geen genot? 'Wel zijn' duidt, de naam zegt het misschien al, op veel niet-materieels: een prettige relatie met de omgeving en jezelf, wat kan inhouden: ontspannen zijn, vrije tijd, een schone lucht, veilig verkeer en meer nog abstracter zaken.

Marketing besteedt hieraan, althans in Nederland (nog) weinig aandacht, omdat ze hiervoor (nog) geen markt ziet, met andere woorden de behoefte wordt als niet voldoende beoordeeld. Deskundigen kunnen wel stellen dat we voorzichtig aan moeten doen met energie, niet te royaal en overdadig leven en eten etc., maar het is niet bekend bij hoevelen de soberheidsbehoefte die men geacht wordt hieraan te ontlenen, leeft in een zodanige intensiteit dat men het eigen gedrag ernaar wil richten. Of, zoals VAN DER MEIDEN het in een lezing[23] stelde: het is een verschijnsel dat typisch voorkomt bij diegenen die nooit sober hebben moeten zijn. Het is beslist niet in algemeen heersende normen en waarden opgenomen (iets waarop, wat energieversobering betreft, de campagne rond de langzaam opbrandende kaars op de lange termijn wel mikt).

Het is misschien niet juist om, uitgaande van alles dat we willen afwenden, versobering als doel te stellen. Een mens is veel meer gemotiveerd door wat hij wel wil bereiken dan door wat hij niet wil bereiken. Dit geldt evenzeer voor produkten als voor meer niet-materiële zaken. Marketing-mensen hebben dit kennelijk eerder begrepen dan gezondheidsvoorlichters, getuige titels als 'De marketing van welzijn in onze consumptiemaatschappij' (FERRÉE, 1973) en het wat rustiger 'Marketing in dienst van sociale verandering' (KOTLER & ZALTMAN, 1971).

Concluderend: wil iemand tot actie, bijvoorbeeld ander gedrag overgaan, dan zal deze persoon zich eerst door enig doel aangesproken moeten voelen. Een algemeen bewustzijn als 'er is honger in de wereld' leidt bij de meesten niet tot actie en evenmin de keerzijde 'er zijn zoveel hart- en vaatziekten in de wereld'. Het is ook niet toereikend wanneer voor de oplossing van een wel persoonlijk ervaren probleem een doel wordt geformuleerd, waarbij niemand de wegen die tot dat doel moeten leiden tot zijn eigen verantwoordelijkheid rekent ('*ze* moeten minder vette produkten maken, dan lost mijn probleem zich vanzelf op'). Voelt een persoon zich aangesproken tot een bepaald doel en bereid iets te doen om dat doel te bereiken, dan zal het uiteindelijke gedrag afhangen van het resultaat van de kosten/baten overweging: wat moet ik ervoor doen en laten/hoe graag wil ik mijn doel bereiken?

Niet-consumeren, dat is soberheid als waarde op zich, zal slechts zeer weinigen in hun (voedings)gedrag bepalen. Verreweg de meeste mensen oriënteren zich op wat ze wél willen bereiken, materieel en niet-materieel. Gesteld in de fasen van figuur 5 zou men zich bij fase 4, het proces van afwegen, kunnen voorstellen dat overwegingen in de trant van: 'als ik dit soort produkt koop, vergroot ik de kans op snel een kunstgebit, terwijl ik liever m'n eigen tanden houd' een veel hogere prioriteit krijgen. Het model wordt dan als het ware kortgesloten: de koop vindt niet plaats (zie fig. 6.). Willen dergelijke overwegingen werkelijk meebepalend zijn voor gedrag, dan moet de persoon een directe relatie zien tussen zijn behoefte (eigen, goede gebit) en zijn gedrag (niet kopen van snoep). In die afweging calculeert de persoon bovendien de (verwachte) reacties van de sociale omgeving op het niet (meer) kopen van snoep in.

Voor voorlichters houdt dit alles in de noodzaak aan te sluiten bij doelen die door de doelgroep zelf als belangrijk worden ervaren en het leggen van een relatie tussen die doelen en de aanleiding tot de voorlichting (bijvoorbeeld de noodzaak tot meer adequaat voedingsgedrag). Pas wanneer die relatie is geaccepteerd, gaan voorlichtingsdoel en eigen doel(en) van de doelgroep parallel lopen. Pas dan kan een voorlichter zinvol ingaan op acties nodig om dat doel – adequaat voedingsgedrag – te bereiken. Ook deze acties dienen weer zo goed mogelijk afgestemd te zijn op de doelgroep teneinde de waardering zo positief mogelijk te maken.

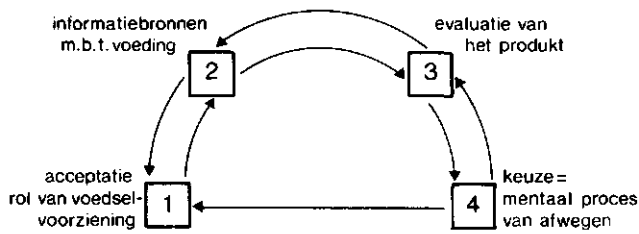


FIG. 6. Het keuzeproces bij voedselaankopen; kortgesloten.

Samenvatting: de waardering van doelen en van acties om die doelen te bereiken en de invloed daarvan op voedingsgedrag

Uitgangspunt van deze paragraaf is dat de waarde die een persoon toekent aan via bepaald gedrag te bereiken doelen een zeer belangrijke overweging is voor uitvoering van dat gedrag. Met dit gegeven dient een voorlichter rekening te houden, wanneer hij althans bepaalde voorlichtingsdoelen wil realiseren. Deze voorlichtingsdoelen kunnen in meer of mindere mate concreet zijn geformuleerd; meestal is sprake van een soort doelen hiërarchie, waarbij specifieke doelen intermediaire doelen vormen voor op langer termijn te bereiken doelen.

Persoonlijke doelen van leden van de doelgroep en voorlichtingsdoelen lopen niet altijd a priori parallel. Een eerste taak voor voorlichters is een voor de doelgroep duidelijke relatie tussen beide te leggen teneinde een betrokkenheid van de doelgroep te creëren, respectievelijk te versterken. Wanneer dit is gebeurd, is de vraag hoe deze doelen te realiseren. Vanuit het concrete voorbeeld van de preventie van hart- en vaatziekten als uiteindelijk doel, meer adequaat voedingsgedrag als daartoe bijdragend doel, is gekozen voor twee subdoelen om dit adequate voedingsgedrag te bereiken:

– een bewuste keuze voor soms-niet-consumeren (soberheid);
– een ook overigens bewuste produktkeuze.

Geconcludeerd is dat soberheid op zich weinigen motiveert zodat we moeten uitgaan van wél levende motieven.

Een oordeel over produkten wordt bepaald door produkt- en persoonskenmerken; meer inzicht in de samenhang hiervan is gewenst. Het keuzeproces voor voedselaankopen vertoont enige verschillen met de besluitvorming rond de aankoop van meer duurzame produkten.

3.5.4. *De relatie tussen attitudes en gedrag*

In een overzicht door WICKER (1969) van 32 onderzoekingen waarin tenminste één onafhankelijke attitudemeting en één maat voor openlijk gedrag was verkregen, stelt deze vast, dat er vaker geen dan wel een verband bestaat. Een illustratie voor de controversiële meningen en resultaten is al, dat auteurs afzonderlijke paragrafen 'Evidence for attitude-behaviour consistency' en 'Evidence for attitude-behavior inconsistency' onderscheiden (KIESLER et al., 1969). Zij citeren onder dit laatste, overigens met enige kritische noten, de studies van LA PIERE (1934) en MINARD (1952). Deze beide studies zijn, met die van KUTNER, WILKINS & YARROW (1952) de 'klassieke' voorbeelden van het inconsistent zijn van attitudes en gedrag (in KOK, 1976). LA PIERE beschreef een rondreis die hij met een Chinees echtpaar maakte door de Verenigde Staten. In 250 van de 251 gevallen werden zij onderweg in hotels en restaurants bediend en van logeergelegenheid voorzien, hoewel 90% van de restauranteigenaars die reageerden op een (latere) enquête, zeiden, dat ze geen Chinezen zouden ontvangen. KUTNER, WILKINS & YARROW's studie is qua opzet vergelijkbaar, zij het dat het dit keer een negerechtpaar betrof. [24]

Als een van de oorzaken van het vaak ontbreken van een relatie tussen houding en gedrag, stellen sommigen de gebrekkige validiteit van de gemeten va-

riabelen (LISKA, 1974; FISHBEIN & AJZEN, 1975). Verschillen tussen onderzoeker en onderzochte in perceptie van het bestudeerde, respectievelijk uitgeoefende gedrag verklaren mogelijk een deel van de inconsistentie. Daarnaast verschilt in vele gevallen de mate van specificiteit van de meting van attitude en gedrag. Zo stelt CRESPI (1971) op grond van analyse van drie studies waarin een hoge attitude – gedragsrelatie was aangetoond, vast dat de gedragsvoorspellende waarde van attitudes sterk kan worden vergroot als:
– men attitudes beschouwt en meet als zeer specifieke combinaties van opvattingen (beliefs), voorkeuren en intenties, gewogen naar hun subjectieve belang;
– de stimulussituatie op basis waarvan men zijn attitudes weergeeft, precies overeenkomt met de feitelijke situatie, waarin het gedrag wordt vertoond.

In feite zegt CRESPI met dit laatste, dat men de externe factoren onder controle moet houden, iets wat in de praktijk vaak onmogelijk zal zijn.

Anderen zoeken de oorzaken van inconsistentie in meer theoretische richting. De meest genoemde verklaring is dat méér factoren gedrag bepalen, de zogenaamde 'other variables approach' (KIESLER & MUNSON, 1975; FISHBEIN & AJZEN, 1975). Hierbij gaat men er in wezen wel van uit, dat attitudes een zekere pressie op gedrag uitoefenen in de richting van consistentie, maar externe druk en overwegingen kunnen mensen vaak doen handelen op een wijze die niet met hun attitudes consistent is (FREEDMAN et al., 1970). Over hoe deze andere factoren op het gedrag inwerken, bestaan verschillende visies. Sommigen zien ze als interveniërende, dit is afzwakkende of vertroebelende factoren, terwijl anderen stellen dat ze een onafhankelijke eigen bijdrage tot gedrag leveren. De meeste onderzoekers hanteren beide interpretaties. In deze meer-factorenbenadering gaat het niet om de vraag òf attitudes en gedrag met elkaar in verband staan, maar wanneer en welke factoren hebben hier invloed op?

Voorbeelden van factoren:

a. andere concurrerende attitudes van de persoon zelf (LISKA, 1974; PINSON & ROBERTO, 1973);
b. defensiemechanismen opgeroepen door pogingen diepgewortelde attitudes te veranderen (GREEN, 1970);
c. de verwachte meningen van de sociale omgeving (LISKA, 1974; GREEN, 1970; KIESLER et al., 1969);
d. de objectieve mogelijkheden voor gedrag = tijd, geld, beschikbare middelen (PINSON & ROBERTO, 1974);
e. de subjectieve mogelijkheden tot gedrag (PINSON & ROBERTO, 1973);
f. onvoorziene externe omstandigheden;
g. de verwachte en feitelijke consequenties van (nieuwe) gedragingen (KIESLER et al., 1969).

Hoe betrouwbaarder verwachtingen een persoon heeft over de consequenties van gedrag, met andere woorden bij geïnstitutionaliseerde, routinematige situaties, des te meer gedragsvoorspellend attitudes zijn (CRESPI, 1971; LISKA, 1974). Een voorbeeld is inkopen van voedsel. Ook ROBERTSON (1971) duidt op

een nauwe relatie in zo'n geval, die echter instabieler wordt naarmate de tijd tussen attitudemeting en koop langer wordt.

h. de mate van geïnvolveerdheid. Hoe meer geïnvolveerd een persoon in een situatie is, des te meer gedragsvoorspellend zal een attitude zijn (HALLORAN, 1967; BRUVOLD, 1972).[25]

Eveneens vallend onder de meer-factorenbenadering is de empirisch ondersteunde visie van FISHBEIN & AJZEN (1975). Zij voeren als een schakel tussen attitude en gedrag het begrip gedragsintentie ('behavioral intention') in:

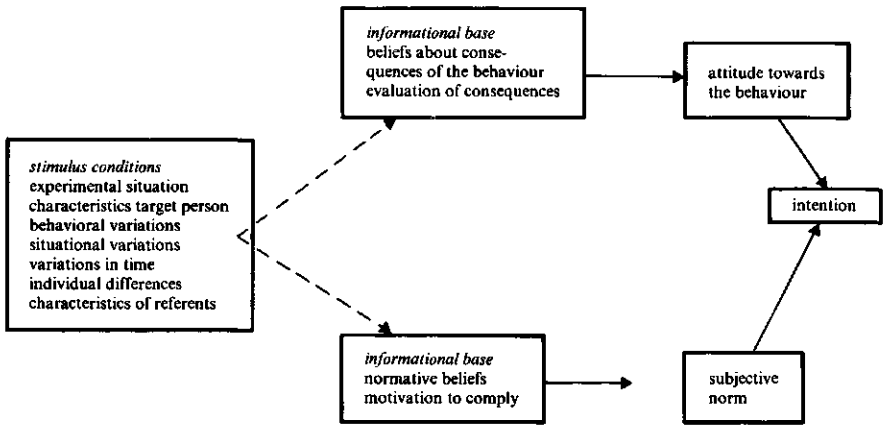


FIG. 7. Factoren, van invloed op gedragsintentie volgens Fishbein & Ajzen (1975).

Zij stellen, dat iemands gedrag uiteindelijk wordt bepaald door de gedragsintentie en deze op zijn beurt weer door:

a. de houding ten opzichte van uitvoering van het gedrag in die bepaalde situatie;
b. de normen, die gedrag in die situatie reguleren;
c. de motivatie om zich aan die normen te conformeren.

Toetsing van dit model in een marktsituatie – huisvrouwen, kopen van tandpasta – leidde tot de volgende conclusies:

a. het model is bruikbaar in een dergelijke situatie;
b. er bestaat een sterke correlatie tussen gedragsintentie en gedrag;
c. het aandeel van de normatieve opvattingen in de voorspelling van het gedrag was in dit geval groter dan dat van de attitudes (WILSON et al., 1973).

Deze laatste conclusie is niet generaliseerbaar; het aandeel van normen versus attitudes blijkt per soort gedrag en persoonlijkheid te variëren.
FISHBEIN & AJZEN (1975) stellen, dat iemands gedragsintentie een betere maat voor feitelijk gedrag is dan de attitudes; dit komt overeen met WICKER's bevinding dat iemands eigen schatting hoe hij zal reageren in een bepaalde situatie de beste gedragsvoorspeller is (in KIESLER & MUNSON, 1975).

Een geheel andere visie op de relatie tussen attitude en gedrag is die welke stelt: gedrag veroorzaakt attitudes. Dit kan zijn door zich bijvoorbeeld via open-

lijke uitspraken te verbinden aan een bepaald gedrag ('commitment'), waarna de attitude zich voegt naar het aangehangen en ook uitgevoerde gedrag. Ook dissonantie, ervaren door het uitvoeren van bepaald gedrag dat niet in overeenstemming is met attitudes, wordt verondersteld tot aanpassing achteraf van de attitude te leiden (ABELSON et al., 1968; BREHM & COHEN, 1962). De verklaring dat de attitude verandert ten gevolge van ervaren dissonantie, wordt bestreden door diegenen die menen dat mensen zelf hun attitudes afleiden uit hun eigen gedrag (zelfperceptie; o.a. NUTTIN en BEM, in KOK, 1976).

Een laatste invalshoek is die welke ervan uitgaat dat zowel attitudes als gedrag veroorzaakt worden door externe factoren met andere woorden, er is geen sprake van een causale, hoogstens van een correlationele relatie (CHERRINGTON et al., in KOK, 1976).

Concluderend

a. De relatie tussen attitude(s) en gedrag bestaat, maar is zeer complex waardoor in vele onderzoekingen het verband niet wordt aangetoond.
b. Op gedrag werken naast en met attitudes vele overige variabelen in.
c. De aard van deze overige variabelen is nog maar zeer beperkt onderzocht.
d. Evenmin is bekend hoe deze overige variabelen precies op gedrag inwerken.

Tot extra voorzichtigheid maant FESTINGER (1964) wanneer hij stelt dat zelfs wanneer attitudes een relatie vertonen met openlijk gedrag dit nog niet inhoudt dat een attitudeverandering – bijv. ten gevolge van persuasieve communicatie – zich zal weerspiegelen in een gedragsverandering.

De gevolgtrekking voor ons uitgangspunt: wegen aangeven tot strategieën voor voedingsvoorlichting, is duidelijk:

a. Grote voorzichtigheid met het stellen van attitudeveranderingen als doel van een voorlichtingsstrategie wanneer althans het einddoel veranderd gedrag is.
b. Zo men noodgedwongen in verband met beperkte mogelijkheden tot acties rechtstreeks op gedrag gericht, attitudes als intermediair (!) doel wil hanteren, dan dienen deze attitudes zeer specifiek en nauw aan het na te streven gedrag gerelateerd en operationeel omschreven te worden!

4. VOORLICHTING

In de vorige hoofdstukken is bij herhaling over voedingsgedrag gesproken vanuit de wens tot verandering ervan in een richting die uit gezondheidsoverwegingen te prefereren is. Eén van de mogelijkheden om aan deze veranderingen te werken, is via voorlichting en ruimer, via gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.). Zeer recent is een dissertatie verschenen van een landelijk g.v.o.-consulente van het eerste uur, die uitgebreid ingaat op de terminologie rond en plaatsbepaling van g.v.o. (ROUWENHORST, 1977). Gezondheidsvoorlichting en g.v.o. verwijzen beide naar het angelsaksische begrip 'health education', waarin de probleemrijke splitsing tussen voorlichting en opvoeding niet voorkomt.

Wij gaan hier niet in op alle, deels overlappende, betekenissen van elk der termen, maar beperken ons terwille van termzuiverheid en duidelijkheid tot het begrip 'voorlichting'.

In 4.1. proberen we te komen tot een begripsbepaling rond voorlichting en afbakening ten opzichte van verwante vormen van beïnvloeding. In 4.2. motiveren we waarom we juist aan voorlichting als beïnvloedingsvorm aandacht geven; dit op basis van ethische en effectiviteitsoverwegingen. In 4.3. komt de vraag aan de orde welke doelen we met voorlichting willen bereiken en de haalbaarheid daarvan. Voorlichting is slechts mogelijk via mensen die zich meer of minder intensief, al dan niet in het kader van een (voorlichtings)organisatie daarmee bezighouden. Daarom besteden we in 4.4. aandacht aan voorlichters en voorlichtingsorganisaties.

4.1. BEGRIPSBEPALING

Voorlichting betekent letterlijk: voor iemand licht uitdragen. Via de in de 18e eeuw gegroeide betekenis van: 'uit domheid en bijgeloof voeren naar (beschavende) kennis' komen we tot de figuurlijke betekenis: onderrichten; het verstrekken van informatie, inz. omtrent zaken van maatschappelijk belang (KOENEN-ENDEPOLS, 1973). In deze informatieve, kennisvermeerderende betekenis wordt de term voorlichting ook heden ten dage veel gebruikt.

Van een ruimere visie op voorlichting geeft VAN DEN BAN (1974) blijk in zijn omschrijving van het geven van voorlichting als: 'een systematisch opgebouwde activiteit, die beoogt:

- cliënten te helpen hun huidige en in de toekomst te verwachten situatie te analyseren;
- zich bewust te worden van de problemen die zich hierin voordoen;
- door het overdragen van kennis en ervaring,
- deze cliënten te helpen zich ten aanzien van een bepaald probleem,
- een zodanige hoeveelheid kennis en inzicht eigen dan wel bewust te maken,

– dat het voor hen beter mogelijk wordt,
– uit de in aanmerking komende alternatieven tot handelen,
– een verantwoorde keuze te maken,
– zodanig dat zij deze keuze aanvaarden als de in hun situatie optimale;
– gemotiveerd zijn deze keuze ook uit te voeren en,
– cliënten te helpen met de evaluatie van hun eigen besluitvorming;
– teneinde hun capaciteiten om verantwoorde besluiten te nemen, te vergroten.
(1974: 12, 13).

In deze omschrijving komen de drie criteria die VAN GENT (1973) gebruikt om voorlichting af te bakenen tegenover andere vormen van beïnvloeding, naar voren:
– afwezigheid van dwang;
– belang en welzijn van voorgelichte voorop;
– een zekere beperktheid van de geboden hulp (nl. communicatie).

In de omschrijving van VAN DEN BAN ligt het accent vrij sterk op het besluitvormingsproces. De informatieve functie die, ook in het gewone spraakgebruik, vaak aan voorlichting wordt toegekend, treedt iets minder op de voorgrond.

Voorlichtingsinstanties als de Nederlandse Hartstichting en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding daarentegen geven ervan blijk deze informatieve functie van voorlichting hoog te schatten, getuige de talrijke bulletins, brochures, leerboekjes etc. voor kader en publiek.

De werkgroep massacommunicatie van de Rijksuniversiteit Utrecht (1975) suggereert de volgende driedeling van voorlichting:

1. voorlichting in meer specifieke zin, d.i. 'agogische' voorlichting, met het doel de ontvangers te helpen in/bij hun besluitvorming, waarbij de zender als geïnteresseerde helper optreedt;
2. informatieve voorlichting die betrekking heeft op kennisvermeerdering van de ontvanger, ongeacht de vraag wat hij met de gegeven informatie doet en waarbij de zender geen enkel belang te verdedigen of over te dragen heeft;
3. indirecte (ingebouwde) voorlichting die het doel heeft de ontvanger te beïnvloeden in een door de zender bedoelde richting. Deze laatste vorm gaat in de richting van propaganda en reclame.

Het aantal definities van voorlichting wordt gemakkelijk even groot als het aantal auteurs dat zich met het begrip bezighoudt. In een poging dit aantal met althans één te verminderen, gaan we slechts in op enkele o.i. essentiële elementen in welke definitie van voorlichting dan ook.

Deze elementen zijn:

1. voorlichting is (een vorm van) communicatie.
Dit houdt in dat de grenzen van wat via voorlichting te bereiken is, gevormd worden door de mogelijkheden en beperkingen van communicatie.
2. voorlichting is planmatig.

Dat wil zeggen voorlichting is niet zomaar communicatie, maar gebeurt volgens vooropgezet plan van diegenen die aan anderen kennis, ideeën, overtuiging en dergelijke willen overdragen.
3. het belang en het welzijn van de cliënt staan voorop.
Er zijn meer vormen van planmatige communmicatie: reclame, propaganda, public relations. Als onderscheidend kenmerk van voorlichting zien we dat voorlichting primair erop gericht moet zijn mensen te helpen zelfstandiger en bewuster beslissingen te nemen, zodanig dat zij hun welzijn zo optimaal mogelijk realiseren.

We gaan op elk van de drie elementen hierna afzonderlijk in.

4.1.1. *Voorlichting is communicatie*

De vraag: Wat is communicatie? is niet te beantwoorden; ieder die wil, kan een eigen betekenis aan de term geven. Dat dit veelvuldig gebeurt, moge blijken uit de volgende bloemlezing:
HOVLAND (1948): communication is the process (!) by which an individual (the communicator) transmits stimuli (usually verbal symbols) to modify the behavior of other individuals (communicatees).
WRIGHT (1959): communication is the process of transmitting meaning between individuals.
BERLO (1960): ontkent dat dit mogelijk is, want 'meanings are in people'.
MILLER (1966): communication has as its main interest those behavioral situations in which a source transmits a message to a receiver with a conscious intent to affect the latter's behavior.
GERBNER (1967): communication is a social interaction through messages.
BERLO (1970): communication is a process involving the transfer of matter-energy that carries symbolic information.
ROGERS & SHOEMAKER (1971) en ROGERS in ZALTMAN (1973): communication is the process by which messages are transferred from a source to a receiver. The main elements in any human communication are source, channel, message and receiver, which are combined with an intent to bring about certain desired effects of communication. These effects are changes in human behavior . . .
VAN DEN BAN (1974): (1) het proces dat plaatsvindt als personen of groepen met elkaar communiceren = overbrengen van kennis, berichten en gevoelens van een bron naar een ontvanger via een kanaal, (2) de handeling van het communiceren, (3) de wijze van communiceren.

We zien in deze laatste definitie het ook door de werkgroep massacommunicatie gemaakte onderscheid in definities die communicatie weergeven als:
een proces;
een handeling;
een toestand.

Ook is een onderscheid te maken naar descriptieve en normatieve definities. In de descriptieve omschrijvingen wordt aangegeven wat er gebeurt, welke elementen daaraan te onderkennen zijn en eventueel in welke situatie dit gebeurt (zie WRIGHT; GERBNER; BERLO; VAN DEN BAN). In normatieve om-

schrijvingen wordt ook over het waartoe, het doel van het communiceren, gezien door de ogen van de (1e) communicator, iets meegedeeld (HOVLAND; MILLER; ROGERS & SHOEMAKER). Tot deze laatste keuze komt ook STAPPERS na een overzicht van vele definities van communicatie: 'We kiezen nu voor een intentioneel gebeuren en geven daaraan de naam communicatieproces . . . Een communicatieproces is daarmee voor ons een gebeurtenis waarbij iemand de bedoeling heeft een ander aan informatie te helpen' (STAPPERS, 1975: 45).

Niet elke auteur spreekt zich er duidelijk over uit of hij communicatie ziet als een intentioneel proces dan wel dat hij ook niet-intentionele processen ertoe rekent. Wij zouden het criterium 'met opzet' niet bij voorbaat in de definitie van communicatie willen opnemen, maar deze toevoeging koppelen aan het begrip voorlichting.

Het proceskarakter geeft aan dat men aan communicatie eigenlijk geen begin of einde kan onderscheiden. Het is dan ook beter niet te spreken van de zender en de ontvanger van een boodschap, want deze rollen wisselen elkaar voortdurend af. Ook is geen sprake van 'actie–reactie' maar van een continu proces van interactie (BERLO, 1970).

We vinden deze gedachten vrij goed terug in een model dat door de werkgroep massacommunicatie van de Rijksuniversiteit Utrecht, in navolging van MALETZKE (1972) is opgezet (fig. 8).

In dit model komt goed naar voren dat zowel communicator als ontvanger in groter sociale verbanden ingebed zijn: de communicator formuleert z'n boodschap en kiest en hanteert een medium vanuit een beeld dat hij van de ontvanger(s) heeft. Dit beeld kan, maar behoeft niet terecht te zijn; één weg tot correctie is via de feedback die de communicator van de ontvanger krijgt.

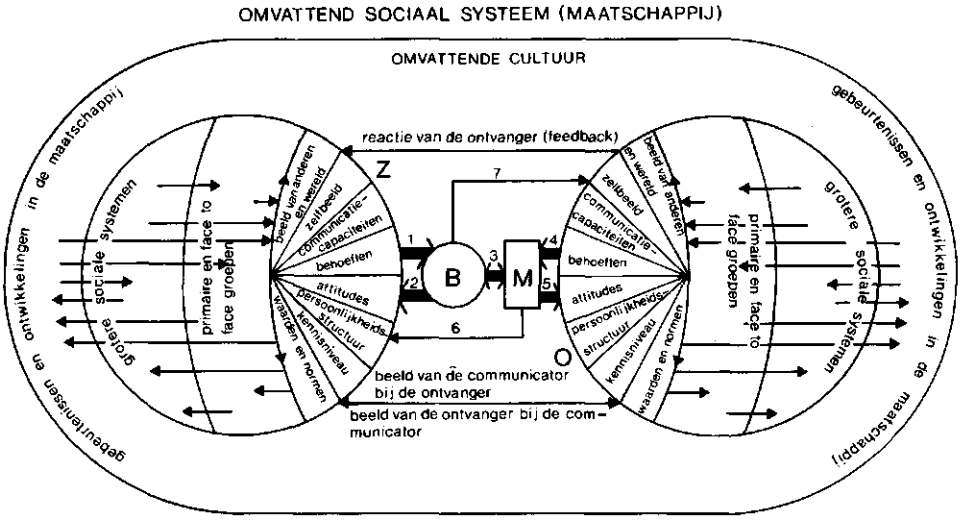


FIG. 8. Communicatie-schema naar Maletzke (werkgroep massa-communicatie Utrecht, 1972).

Om het schema niet te onoverzichtelijk te maken, volgt enige toelichting bij de genummerde pijlen:

1. (Z→B): het proces van keuze van inhoud, vormgeving etc. vindt plaats bij de communicator (Z) en heeft invloed op de boodschap (B).
2. (B→Z): van de boodschap zelf gaat een specifieke invloed op de communicator uit. Een boodschap rond het gebruik van meervoudig onverzadigde vetzuren stelt andere 'eisen' aan de communicator, – nog ongeacht het beeld van de ontvangers en beschikbare media en middelen – dan een boodschap rond snoepgebruik.
3. (B↔M): boodschap en medium oefenen wederkerig invloed op elkaar uit; de boodschap bepaalt mede de mediumkeuze en het medium bepaalt mede de inhoudselectie, mogelijkheden tot vormgeving en dergelijke.
4. (O→M): zowel de mediumkeuze door de ontvanger als de wijze waarop ontvanger een bepaald medium ervaart, komt in deze relatie naar voren.
5. (M→O): het medium op zich, dus ongeacht de boodschap of zender oefent een bepaalde invloed uit; men staat anders tegenover t.v. dan tegenover radio. MALETZKE noemt dit 'Zwang des Mediums' en 'Bild vom Medium beim Rezipienten'.
6. (M→Z): zie 5; ook bij de communicator is sprake van een dwingende invloed van het medium zelf.
7. (B→O): de inhoud van de boodschap betekent iets voor de ontvanger, nog ongeacht de vorm waarin de communicator probeert deze inhoud over te dragen.

4.1.2. *Voorlichting is planmatig*

Onbewuste, niet-intentionele communicatie, willen wij, mét VAN GENT (1973) niet tot voorlichting rekenen. Echter, men kan deze uitspraak niet omkeren. Niet elke intentionele communicatie is voorlichting (zie de drie criteria in 4.1.).

De toevoeging 'planmatige' geeft aan dat pas sprake is van voorlichting wanneer de communicatie systematisch dat wil zeggen stelselmatig en methodisch plaatsvindt. Het uitreiken van enige informatieve brochures zonder dat dit uitreiken onderdeel uitmaakt van een ruimere strategie, kan niet tot voorlichting, hoogstens tot informatieverstrekking gerekend worden.

De planmatige aanpak, gericht op verandering, blijkt duidelijk uit de twee nu volgende fasenschema's, beide geïnspireerd door LEWIN's basisschema met als fasen:
'unfreezing',
'moving',
'refreezing'.

We geven beide schema's, die van LIPPITT, WATSON & WESTLEY (1958) en van VAN BEUGEN (1968) naast elkaar om behalve de overeenkomsten ook de accentverschillen te doen uitkomen.

In een derde kolom geven we aan wat de rol van een voorlichter in elk van de onderscheiden fasen kan zijn.

Fasen in een planmatig veranderingsproces volgens:

LIPPITT, WATSON & WESTLEY (1958)	VAN BEUGEN (1968)	Rol van de voorlichter:
ontwikkelen van een behoefte aan verandering t.g.v. doen ervaren van een verschil tussen huidige en gewenste toestand.	peilen, resp. ontwikkelen van de behoefte aan verandering.	(1) helpen cliënt (en) bewust en systematisch over huidige toestand/gedrag én de consequenties daarvan na te denken; expliciteren van waarden en prioriteiten daarin → concretisering van de gewenste toestand.
opbouwen van een relatie op basis van begrip en vertrouwen.		wekken van vertrouwen zowel met betrekking tot deskundigheid als met betrekking tot eigen persoon.
inzicht verwerven in de behoefte van het cliëntsysteem.	doelbepaling en analyse van het krachtenveld→stellen van een diagnose.	cliënt(en) helpen het gevoelde verschil tussen huidig gedrag en het op grond van waardenprioriteiten gewenste gedrag tot concrete behoefte te formuleren.
	vaststellen van beslissingsregels en randvoorwaarden.	
nagaan van alternatieve wegen en doelen; vaststellen van doelen en actieplannen.	keuze v.d. totaalstrategie[26]; daarbinnen de bepaling van methoden en technieken.	helpen bij doelformulering door (1) én door aangeven van mogelijke alternatieven met zo objectief mogelijke schatting van de kans op realisering van het gestelde doel.
omzetten van actieplannen in daden.	de feitelijke interventies.	stimuleren dat de ander deze stap neemt.
generalisatie en stabilisatie van verandering(en)		stimuleren dat cliënt barrières bij het nieuwe gedrag analyseert, prioriteiten stelt en op grond hiervan komt tot continuering of stoppen van het nieuwe gedrag →(1).
afronding van de relatie met het cliëntsysteem.		stimuleren van de cliënt (en) tot verdere zelfstandige analyse onder behoud van de vertrouwensrelatie.

Enkele accentverschillen tussen beide modellen zijn dat VAN BEUGEN, in een nadere uiteenzetting van de strategiebepaling, expliciet de noodzaak tot het hanteren van beslissingsregels noemt, bijv.: werken we aan de grootste kans op effect of met het kleinste risico voor eventuele ongunstige neveneffecten? Ook de condities van de situatie, de zg. randvoorwaarden, dienen voor enige feitelijke interventie te worden vastgesteld. Of, zoals VAN BEUGEN het in een lezing stelde: 'bepaal vooraf de lengte van je polsstok en de breedte van de sloot'. Misschien moeten we hieraan toevoegen: 'heb je wel ooit eerder polsstok gesprongen en wil je het eigenlijk wel?'

LIPPITT c.s. daarentegen maken de noodzaak van het opbouwen van een vertrouwensrelatie explicieter en vermelden voorts een fase voor afronding van de relatie met het cliëntsysteem.

LIPPITT c.s. gaan uit van een (tijdelijke) relatie tussen een dienstverlenend en een cliëntsysteem, waarbij het gehele veranderingsproces vrij sterk cliëntgericht is. In tekening is het model weer te geven als in fig. 9a.

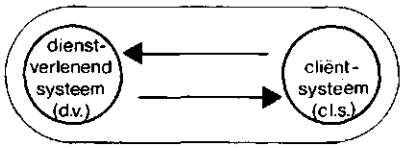


FIG. 9a. Relatie tussen dienstverlenend en cliëntsysteem; geen 'derde' partij.

Er is nauwelijks tot geen aandacht voor derden buiten het dienstverlenend systeem en cliëntsysteem. Dit is ook een van de bezwaren die HAVELOCK inbrengt tegen de probleemoplossende modellen waartoe het model van LIPPITT c.s. behoort: 'it puts excessive strain on the user' (1973: 11-14). Voorts is HAVELOCK's bezwaar dat het model de rol van externe hulpbronnen minimaliseert en als laatste nadeel oppert hij dat het geen geschikt model is voor effectieve verspreiding van veranderingen op grote schaal.

Een ernstiger bezwaar lijkt ons dat het een opeenvolging van fasen aan lijkt te geven, terwijl in werkelijkheid vermoedelijk vaker sprake is van een iteratief proces, waarbij op voorgaande fasen wordt teruggegrepen; vergelijk het ritmisch proces van probleemoplossing in groepen zoals uiteengezet in de dissertatie van BOS (1974).

Zo is het ook de vraag of de fase van afronding wel altijd plaatsvindt; met name in de landbouwvoorlichting in Nederland zijn voorbeelden te over van al decennia bestaande relaties tussen voorlichtend/dienstverlenend- en cliëntsysteem.

In VAN BEUGEN's fasenplan is wel ruimte voor deze 'derde partij'. Het dienstverlenend systeem kan een (tijdelijke) relatie met deze 'derde partij' aangaan, wanneer dit ten behoeve van de belangen van het cliëntsysteem noodzakelijk is. Enkele voorbeelden om de mogelijke aard van deze partij aan te geven:

a. Is beschikbaarheid of prijs van m.o.v.-rijke produkten in bijv. de margarinesector een doorslaggevend bezwaar voor gebruik van deze in een voorlichtingsprogramma aanbevolen produkten, dan ligt contact met margarineproducenten voor de hand;
b. blijken bij een onderzoek naar kantinevoeding de beschikbare produkten de kans op een onevenwichtige, vet- en calorierijke voeding te vergroten, dan is een primair onderdeel van een voorlichtingsactie contact op te nemen met catering managers, de restaurateur, en/of anderen die op deze beschikbaarheid invloed uitoefenen. Geschetst krijgen we de situatie van fig. 9b.

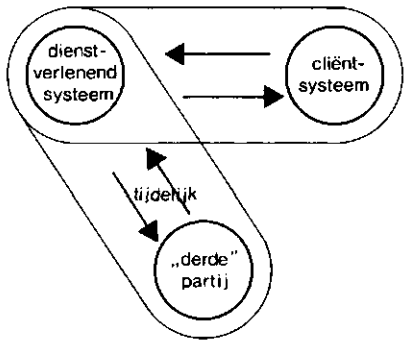


FIG. 9b. Relatie tussen dienstverband en cliëntsysteem; tijdelijke relatie met 'derde' partij.

Ook de gezondheidsvoorlichting zal in onze visie vaak volgens dit model (moeten) werken.

Een derde mogelijke vorm is die waarbij dienstverlenend en cliëntsysteem tesamen een op en tot de derde partij gericht actiesysteem gaan vormen (zie fig. 9c).

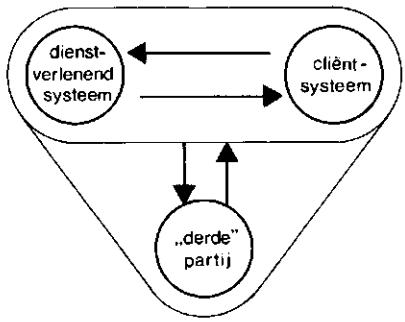


FIG. 9c. Relatie tussen dienstverlenend en cliëntsysteem; polaire relatie met 'derde' partij.

Dit model ligt bijvoorbeeld ten grondslag aan sociale actie; een groepering als 'Voorkomen is beter' gaat in haar acties van dit model uit.

In principe kan een voorlichter gebruik maken van alle 3 benaderingen wanneer hij planmatig een veranderingsproces probeert op gang te brengen, respectievelijk te stimuleren. Echter, slechts wanneer ook is voldaan aan het derde criterium – belang en welzijn van de cliënt staan voorop – willen we de veranderingspogingen rekenen tot voorlichting.

4.1.3. *Het belang en het welzijn van de cliënt staan voorop*

Ook reclame kan, als vorm van planmatige communicatie, belang en welzijn van cliënten dienen. Het maakt echter deel uit van een marketing gebeuren dat andere doeleinden als primair oogmerk heeft. [27]

Daarentegen willen wij pas van voorlichting spreken als dergelijke organisatie- of andere belangen niet primair staan, maar het belang en welzijn van de cliënt op de eerste plaats komen.

Een complicerende factor is dat voorlichtingsorganisaties zich vaak met slechts een deel van de belangen van cliënten bezighouden, waardoor voorlichters de neiging hebben deze belangen een hogere prioriteit toe te kennen dan in het totale belangensysteem van de cliënt past. Toch blijft ook dan gelden dat cliënt(deel)belangen boven organisatie- of andere belangen dienen te staan, willen we van voorlichting spreken.

Met het aangeven van 'het belang en het welzijn van de cliënt staan voorop' als onderscheidingscriterium voor voorlichting zijn we er echter niet. Want: wie is de cliënt? Een wat is welzijn? Bovendien, terwijl de een zich prettig voelt (wel is) bij een sigaret, kan dezelfde sigaret voor de ernaast zittende persoon diens gevoel van welzijn aanzienlijk reduceren.

Ook belangen kunnen strijdig zijn, zowel tussen individuen en groepen onderling als tussen individu en grotere sociale systemen. De plaatselijke bakker of werknemers in de banketfabriek zouden in een sterke teruggang van koek- en snoepconsumptie 'geen brood zien', terwijl dit voor de lichamelijke gezondheid van velen wellicht een goede zaak zou zijn. Met opzet is vermeld lichamelijke gezondheid, want wanneer de functies die snoepen voor een individu en in sociale groepen vervult, niet op andere wijze bevredigend kunnen worden vervuld, gaat er wellicht aan het welzijn meer mankeren dan obesitas of caries. Kortom, het begrip welzijn is voor velerlei, vaak strijdige uitleg vatbaar.

En wiens belang en welzijn moet een (gezondheids)voorlichter primair stellen wanneer een individu zegt voor zichzelf de vrijheid te nemen door te leven op een wijze die de kans op een hartinfarct aanzienlijk vergroot? In het geval dat de persoon het infarct inderdaad krijgt, berokkent hij vermoedelijk anderen in de naaste omgeving leed en financiële schade en voor de gemeenschap verhoogt zijn ziekte (en revalidatie) de kosten van de gezondheidszorg als totaal.

Het is de taak van een gezondheidsvoorlichter cliënten op deze consequenties te wijzen. Maar wat te doen als deze bij het besluit blijft zijn leven op risicovolle wijze voort te zetten? Het belang en welzijn van het individu zoals door hemzelf ervaren, is hier duidelijk strijdig met belangen van de gemeenschap als geheel. Maar evenzo kan hier sprake zijn van conflicterende belangen voor

de persoon zelf. Hij kan bijvoorbeeld van mening zijn dat ieder gezin in staat hoort te zijn de eigen boontjes te doppen en slechts in alleruiterste nood een beroep moet doen op sociale uitkeringen. Een voorlichter zou hem erop kunnen wijzen dat zijn huidige gedrag strijdig is met het belang dat hij hecht aan een gezin dat zichzelf kan redden, omdat juist dit gedrag voor zijn gezin zou kunnen leiden tot een door hem verafschuwde situatie.

Toch blijft hij de formulering 'het belang en welzijn van de cliënt staan voorop' het probleem — wanneer we aan gezondheids- en voedingsvoorlichting denken — dat de voorlichter denkt in welzijnstermen, ontleend aan gezondheidsstatistieken, sterftecijfers, risico-factoren etc., terwijl de cliënt andere criteria voor zijn welzijn aanlegt.

Dit probleem is voor op het individu gerichte voorlichting onoplosbaar, zolang niet gewerkt wordt aan die criteria.

De rol die algemene normen en waarden bij deze criteria spelen, is zeer groot (zie hoofdstuk 3.). Wil een voorlichter de kloof tussen wat een individu (nu) voor zichzelf als welzijn waardeert en algemeen welzijn verkleinen, dan zal hij zich ook op die waarden en normen en de structuren die er een uiting en medevormgever van zijn, moeten richten. Hij werkt dan in het tweede in 4.1.2. geschetste model: het dienstverlenend systeem richt zich op zowel het cliëntsysteem als op de zogenaamde derde partij.

Kortom, wanneer individueel belang en het belang van grotere groeperingen (algemeen belang) strijdig zijn of lijken, staan voor de voorlichter twee wegen open:

a. een keuze maken voor één van beide belangen; die van de individuele cliënt óf die van grotere groeperingen;
b. werken aan het meer op één lijn brengen van beide (of meer) belangen.

VAN DEN BAN (1974) zegt over de eerste weg: 'Deze keuze is mede afhankelijk van de betekenis die men toekent aan het belang van de cliënt en aan de belangen van anderen en van de mate waarin men de cliënt in staat en gerechtigd acht om zelf te bepalen welke gedragswijze in zijn belang is'. Deze keuzen zijn uiteraard subjectief en afhankelijk van mens- en maatschappijbeeld.

Toch zijn in de gezondheidsvoorlichting een aantal van deze keuzen al bij voorbaat gemaakt. Wil men nl. via gezondheidsvoorlichting een bijdrage leveren aan de preventie van enige (mede) door gedrag bepaalde ziekte, dan is men genoodzaakt aan de belangen van grotere groeperingen prioriteit te geven. Dit betekent dat men zo uitgebreid mogelijk, maar uiteraard met de beschikbare — communicatieve! — middelen probeert een individu tot gedragsverandering te brengen.

De aanpassing kan echter niet van het individu alleen komen. Van geen mens is te verwachten dat hij altijd het voor hem veel abstractere 'algemeen belang' zal laten prevaleren boven het voor hem veel concretere eigen belang. Daarom ook verdient de tweede weg op de langere termijn de voorkeur. D.w.z. dat de waarden en normen in de samenleving en de structuren die hiermee samenhan-

gen minder gezondheidsremmend moeten worden. Tenminste wanneer we als het doel van voorlichting zien dat het een bijdrage levert tot het oplossen of verminderen van bepaalde, door menselijk gedrag (mede) veroorzaakte gezondheidsproblemen. En dit is ons uitgangspunt geweest. Op de doelen van voorlichting gaat 4.3. uitgebreider in.

4.2. WAAROM VOORLICHTING ALS BEINVLOEDINGSMETHODE?

Het uitgangspunt voor deze studie is de wens tot inzicht in de mogelijkheden van voorlichtingsstrategieën voor het veranderen van voedingsgedrag. Er bestaan vele mogelijkheden ter beïnvloeding van menselijk gedrag. De keuze voor voorlichting berust op een combinatie van pragmatische, ethische, effectiviteits- en efficiëntieoverwegingen.

Op de pragmatische overweging, werkzaam te zijn op de vakgroep Voorlichtingskunde gaan we hier niet uitgebreid in, maar het is duidelijk dat dit feit van invloed is (geweest) op de keuze voor deze invalshoek. Het heeft tevens de noodzaak van en de wens tot een interdisciplinaire en zo pragmatisch mogelijke aanpak gesteld.

4.2.1. *Ethische overwegingen*

De keuze voor voorlichting is in de eerste plaats een keuze voor beïnvloeding via communicatie. Andere vormen van beïnvloeding maken van meer en andersoortige methoden gebruik; een overzicht van methoden ter beïnvloeding van menselijk gedrag geeft VAN DEN BAN (1974): (a) dwang, (b) ruil, (c) leiderschap, (d) advies, (e) bewuste beïnvloeding van kennis en houding, (f) manipulatie, (g) verschaffing van middelen, (h) dienstverlening, (i) veranderingen in economische en sociale structuur.

Voorlichters maken — momenteel — met name gebruik van advies en beïnvloeding van kennis en houding, en wel vooral gericht op het cliëntsysteem (de in fig. 9a geschetste situatie).

Bij de keuze vóór voorlichting spelen ethische overwegingen een rol, gebaseerd op mens- en maatschappijbeelden die uiteraard subjectief en dus aanvechtbaar zijn. Wij hechten grote waarde aan de vrijheid van een mens om zelf te beslissen hoe hij wil leven, echter wel onder een zo goed mogelijk afwegen van de gevolgen van deze beslissingen, niet alleen voor zichzelf maar ook voor anderen.

LEVENTHAL (1973) geeft ongeveer gelijkluidende motieven voor zijn keuze de reductie van risico-factoren bij chronische ziekten via opvoeding, voorlichting en persuasieve communicatie na te streven: 'The choice of education, discussion and argument over coercion is made because of philosophical beliefs and political realities.' Op de door LEVENTHAL aangeduide, maar niet verder uitgewerkte 'politieke realiteit' gaat VAN PEYPE (1973) nader in. Hij stelt dat voorlichting inderdaad politiek goed ligt doordat het de schijn van politieke neutraliteit heeft. Wanneer gezondheidsvoorlichters zich in tegenstelling tot nu toe meer zouden gaan richten op beleidsbeïnvloeding zou de weerstand weleens veel

groter kunnen worden. VAN PEYPE's kritiek gaat verder:

.... men geeft 'objectieve informatie' en het is een 'middle class'-idee dat een probleem opgelost kan worden door het bijbrengen van kennis;

.... goede voorlichting vraagt wetenschappelijk onderzoek, wat tijd kost. Dat biedt dus de mogelijkheid om moeilijke politieke beslissingen uit te stellen.

Het valt niet te ontkennen dat voorlichting soms op dergelijke wijze gebruikt lijkt te worden. Toch komt het ons voor dat VAN PEYPE in deze kritische visie vooral doelt op informatieve voorlichting door 'deskundigen' aan 'voorlichtingsbehoeftigen' d.i. mensen die iets, in de ogen der deskundigen essentieels, nog niet weten. In 4.1. is uiteengezet dat wij het begrip voorlichting ruimer zien. We rekenen tot de taken van voorlichting:

- het bewust maken van het waarom van het huidige gedrag, voorzover mogelijk,
- het aangeven van alternatieven, àls die er zijn,,
- het inzicht geven in de consequenties van huidig en mogelijk alternatief gedrag, niet alleen op individueel niveau, maar ook in groter verband.

Een vraag is dan welke criteria gehanteerd worden voor de keuze van alternatieven en consequenties. We willen deze ontlenen aan een discussie over de ethiek van persuasie tussen een vóór- en tegenstander (HAIMAN versus KRUGER, in THOMPSON, 1975). HAIMAN gaat in op de criteria voor het ethisch verantwoord zijn van doelen én middelen, en haalt hierbij Plato aan:

- spreker moet de waarheid kennen,
- spreker moet het belang van de luisteraar op het oog hebben.

Het criterium 'de waarheid' zet HAIMAN om tot 'via eerlijk onderzoek verkregen gegevens' en het tweede tot 'oprechte bedoeling hebben'. Wij hebben dit laatste niet gedaan (zie 4.1.3.) omdat o.i. 'oprechte bedoeling' tenminste even moeilijk is vast te stellen als 'belang en welzijn van de cliënt'.[28]

Als derde criterium geeft HAIMAN het sociale nut van de boodschap, door ons verwerkt in de laatste van de eerdergenoemde taken van voorlichting. Voorts noemt hij het criterium van overeenstemming met politieke waarden, maar dit lijkt ons eerder een overweging van effectiviteit.

Voorlichting, zoals hiervoor omschreven, kan een uitstekend instrument zijn voor het realiseren van gedrag, waarbij bewuster de gevolgen van huidig en toekomstig gedrag, voor zichzelf én anderen, zijn afgewogen.

4.2.2. *Effectiviteits- en efficiëntieoverwegingen*

De vraag naar effectiviteit is die naar het bereiken van doelen. Als adequaat voedingsgedrag het — uiteindelijke — doel is, dan is de vraag welke bijdrage voorlichting, tegenover en temidden van andere beïnvloedingsmethoden, aan realisering van dit doel kan leveren.

De vraag naar de effectiviteit van afzonderlijke methoden is niet algemeen te beantwoorden, omdat deze afhangt van de condities van de situatie. Vaak ook zal een combinatie van methoden het effectiefst zijn.

Voorlichting zou een veel grotere rol kunnen spelen, juist ter ondersteuning van andere beïnvloedingsmethoden. Beschikbaarstelling, veranderingen in be-

schikbaarheid, in prijsverhoudingen, in de samenstelling van produkten; het zijn alle vormen van gedragsbeïnvloeding die het uiteindelijke doel, adequaat voedingsgedrag, voor meer mensen dichterbij zouden brengen. Realisering van dit soort maatregelen is vaak afhankelijk van de politieke haalbaarheid. Gezondheidsvoorlichters zouden zich veel systematischer dan nu gebeurt, kunnen richten op besluitvormers m.b.t. deze maatregelen (de in fig. 9b geschetste situatie). In dat geval zou de effectiviteit van voorlichting aanzienlijk vergroot worden. Een dergelijke strategie met als mogelijk onderdeel pogingen de suiker- of tabaksindustrie 'af te bouwen' stuit op meer weerstanden dan de veel vrijblijvender vorm waarin veel gezondheidsvoorlichting tot nu toe wordt gegeven. In een dergelijke opvatting werkt voorlichting als het ware wegbereidend voor veranderingen in sociale en economische structuren. Echter, ook los van andere beïnvloedingsmethoden, is voorlichting in de zin van het geven van advies en beïnvloeding van kennis en houding effectief, wanneer gebrek aan inzicht of kennis of een onjuiste houding realisering van de uiteindelijke doelen van de cliënt in de weg staan.

Nauw samenhangend met de vraag naar de effectiviteit is die naar de efficiëntie, d.w.z. welke beïnvloedingsmethode levert de meeste baten (effect) bij de minste kosten (in energie, mankracht, middelen etc.). GREEN (1974) geeft enkele suggesties over de opzet van dergelijke kosten-batenanalyses voor gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsprogramma's. Gegeven de keuze voor communicatie, is daarbinnen nog een onderverdeling te maken op grond van de soort processen, waarlangs mensen tot veranderingen komen, nl. via:

– meegaandheid ('compliance')
– identificatie;
– internalisatie.

(KELMAN, in BENNIS et al., 1973).

Bij meegaandheid verandert iemand zijn gedrag op verzoek van een ander in de hoop van die ander een gunstige reactie te krijgen. Voorbeeld: iemand houdt zich aan een dieet, omdat de arts of diëtiste dit voorschrijft èn controleert.

Bij identificatie verandert een persoon zijn gedrag teneinde een zelfbeeld te vormen overeenkomstig het beeld van iemand waarmee hij graag vereenzelvigd wil worden, of waarmee hij een rolrelatie van complementariteit heeft (arts–patiënt). Het gedrag treedt pas op als de rolrelatie wordt geactiveerd.

Internalisatie houdt in dat een persoon verandert, en deze verandering continueert omdat het gedrag consistent is (geworden) met zijn systeem van waarden en normen. Geïnternaliseerd gedrag is dus zelfversterkend.

Het is duidelijk (zie 4.1.) dat in onze visie voorlichting uiteindelijk streeft naar internalisatie. Gerekend op de lange duur is de kosten/batenverhouding hiervan gunstiger dan van beide eerstgenoemde processen. Bij meegaandheid en identificatie is continuering van het (nieuwe) gedrag nl. afhankelijk van controle door respectievelijk een attractieve relatie met anderen; vallen deze weg, dan valt ook het gedrag in de meeste gevallen terug.[29]

Bij voedingsvoorlichting komt hier nog het praktische argument bij, dat in verband met de onzichtbaarheid voor anderen van veel voedingsgedrag controle moeilijk uitvoerbaar is.

Gedragsverandering, gebaseerd op deze mechanismen en niet resulterend in internalisatie is dus op de lange duur een kostbare methode.

4.3. DOELEINDEN VAN VOORLICHTING

In de vorige paragraaf is gesteld dat we het tot de taken van voorlichting rekenen:

a. personen, groepen etc. de situatie m.b.t. het huidige voedingsgedrag te doen analyseren, zodat zij zich, voor zover mogelijk, bewust worden van mogelijke alternatieven en vervolgens te helpen bij realisering van ander voedingsgedrag dan wel bij het besluit tot voortzetting van hetzelfde gedrag.

Goede voorlichting streeft ernaar dat mensen ook bij toekomstig gedrag uit zichzelf meer overwegingen betrekken dan die welke het huidige gedrag bepalen. De vraag of bewust dan wel gezond gedrag het einddoel is, komt hier weer op.

Ook deze keuze, vooropgesteld dat de begrippen niet altijd samenvallen, wordt bepaald door iemands mens- en maatschappijbeelden en, daarvan afgeleid, door iemands beroepsopvattingen. Onze visie is, dat bewust gedrag een doel kan zijn, wanneer de voorlichter/veranderaar werkt aan realisering van doelen als bijvoorbeeld persoonlijke ontplooiing, bewustwording door cliënten van eigen functioneren e.d.

Een gezondheidsvoorlichter daarentegen heeft zich o.i. te richten op realisering van gezond gedrag, maar dan wel in ruime zin (zie hoofdstuk 5.) en in overeenstemming met het waardensysteem van de ander(en) (zie internalisatie, 4.2.2.). Een gezondheidsvoorlichter stelt zich tot doel dat gezondheidsoverwegingen niet alleen een hoge prioriteit verkrijgen of houden, maar dat ze ook in het gedrag tot uiting komen.

Deze set doelstellingen heeft betrekkeing op die (voedings)gedragsbepalende factoren die het cliëntsysteem zelf geheel of grotendeels in de hand heeft. Deze factoren vormen slechts een deel van alle factoren die voedingsgedrag bepalen (zie hoofdstuk 3.). We voegen daarom een tweeede set doeleinden toe aan voedingsvoorlichtingsstrategieën:

b. invloed uit te oefenen op de krachten die het uit gezondheidsoogpunt gewenste gedrag bevorderen dan wel afremmen, zodanig dat bij afweging van kosten en baten van gezond versus ongezond of minder gezond voedingsgedrag de balans doorslaat naar het gezonde gedrag.

Zoals in 4.1.3. al even aangegeven werd, voegen we dus aan de taak van voorlichting als hulp bij het bewust afwegen van alternatieven een tweede algemene taak toe, nl. het reëel mogelijk maken van alternatieven, d.i. het beïnvloeden van de condities voor het gewenste voedingsgedrag. Immers, de keuzemogelijkheden van een persoon worden in de praktijk niet alleen bepaald door onbekendheid met of onjuiste waardering van wel bekende mogelijkheden. Om in

LEWIN's terminologie te spreken: de krachten die tegen een uit preventie-oogpunt gewenst gedrag ingaan, zijn vaak sterker in het krachtenveld dan de krachten vóór dat gedrag. Zich bewust zijn van deze krachten betekent nog geen beheersing ervan. Een bekend voorbeeld: men kan zich er wel van bewust zijn dat oma, buurvrouw etc. niet de eigen keuze geen/matig snoep voor de kinderen onderschrijven en er ook niet naar handelen, maar hoe hanteert men deze kennis?

Wanneer een individu tot het inzicht is gekomen dat hij zijn voedingsgedrag moet veranderen, wordt hij geconfronteerd met diverse tegenkrachten: negatieve reacties, tot sancties toe, van de sociale omgeving; overheidsmaatregelen die lijnrecht ingaan tegen wat gezondheidsvoorlichters wenselijk achten (dumpen boterberg, verhoging van het vetgehalte van volle melk); het niet of veel duurder beschikbaar zijn van allerlei produkten van verantwoorde samenstelling etc.

De stellingname dat voorlichting ook wegbereidend moet zijn voor veranderingen op dit meer structurele niveau heeft nogal wat implicaties. Het houdt in dat er behalve van publiekgerichte voorlichting expliciet sprake moet zijn van op structuur- en beleidsbepalers gerichte voorlichting.

Voor beide groeperingen (een specificering vindt in 6.4. plaats) is bovendien te onderscheiden naar voorlichting, gericht op veranderingen op korte termijn en op lange termijn.
Globaal is dit weer te geven als in fig.10:

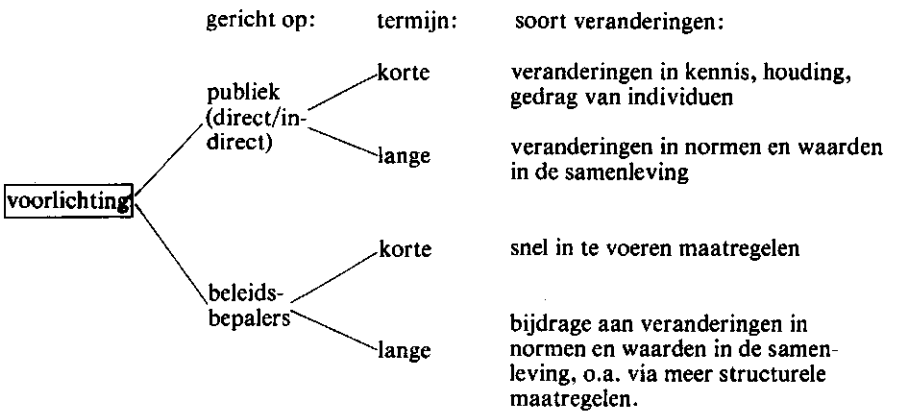


FIG. 10. Voorlichting, uiteengelegd naar doelgroep, termijn en soort doelen.

Het houdt ook in dat voorlichtingsactiviteiten beoordeeld zouden moeten worden op zowel realisering van de korte termijn doelen als op hun bijdrage aan realisering van de veel moeilijker te bereiken doelen op langere termijn.

4.4. VOORLICHTERS EN VOORLICHTINGSORGANISATIES

Tot nu toe is steeds gesproken over voorlichting zonder dat werd aangegeven wie die voorlichting geven of zouden moeten geven. Gezondheidsvoorlichting beslaat een zo veelomvattend terrein dat velen er zich mee bezighouden: werkers in de gezondheidszorg maar ook anderen die in of via hun werk met gezondheidsaspecten te maken hebben.

Globaal zijn de volgende categorieën te onderscheiden:

a. degenen, werkzaam in de gezondheidszorg bij wie voorlichting een deeltaak is. Voorbeelden: artsen, tandartsen, kraamverzorgsters, verpleegkundigen;
b. degenen, werkzaam op bepaalde deelterreinen van gezondheidszorg, bij wie voorlichting een zeer belangrijk deel van het werk vormt. Voorbeelden: drugvoorlichters, diëtisten, mondhygiënisten;
c. degenen, die buiten het systeem van de gezondheidszorg werken, maar die in hun werk te maken hebben met gezondheidsaspecten. Voorbeelden: onderwijzers, gespreksleiders, buurthuiswerkers. In deze categorie is de eigen interesse, gevoegd bij de mate waarin de werkers zichzelf tot het geven van voorlichting in staat achten, bepalend voor het feit óf en hoe voorlichting gegeven wordt. Dit geldt overigens ook voor een deel van de onder a. genoemde categorie.
d. degenen, die als g.v.o.-consulenten begeleidend en consulterend optreden ten aanzien van de eerste drie categorieën werkers. Direct contact met het publiek is geen noodzakelijk onderdeel van hun bijdrage tot gezondheidsvoorlichting. Vermoedelijk zijn juist zij degenen, die het eerst en het best gestalte zouden kunnen geven aan een meer op beleidsmakers gerichte voorlichting.

De genoemde categorieën werken vanuit verschillende disciplines en van enige geïntegreerde visie op gezondheidsvoorlichting is geen sprake (zie ook ROUWENHORST, 1977).

De verscheidenheid aan benaderingen wordt nog versterkt door het gegeven dat vanuit zoveel verschillende organisaties wordt gewerkt. Beperkt men zich tot voedingsvoorlichting, dan nog is het aantal personen en instanties dat deze voorlichting tot zijn (deel)taak rekent, aanzienlijk.[30]

Het is als voorlichter én als voorlichtingsorganisatie van groot belang te weten wat het beeld bij het publiek is van jezelf en de organisatie van waaruit je werkt. Het wekken van vertrouwen, niet alleen als deskundige, maar ook en soms juist als persoon, is onontbeerlijk voor goede voorlichting.

Andere kenmerken die voor het effect van op individuele cliënten gerichte voorlichting van belang zijn gebleken, zijn: a. de mate waarin de voorlichter als echt (congruent) ervaren wordt, b. de mate waarin hij zich kan inleven in de leef- en denkwereld van de ander (empathie) en c. de mate van genegenheid waarvan hij blijk geeft.

Of deze eigenschappen in gelijke mate van belang zijn bij voorlichting aan grotere publieksgroepen is bij mijn weten niet empirisch nagegaan. Evenmin is

bekend welke de specifieke eisen zijn die aan voorlichting, gericht op beleidsbepalers, gesteld moeten worden. Wellicht zijn in dit verband zinvolle ideeën te ontlenen aan wat HOLZHAUER (1976) stelt over communicatie in industriële markten (relatief klein, deskundig), afgezet tegenover communicatie in consumentenmarkten (het grote publiek).[31]

In elk geval maakt de persoonlijke benadering van deze voorlichting een belangrijk onderdeel uit.

Samenvatting van de belangrijkste punten van dit hoofdstuk

Voorlichting is een deelverzameling van een veel groter geheel van beïnvloedingsmethoden (zie ook fig. 1).

Voorlichting is communicatie, maar niet alle communicatie is voorlichting. Als onderscheidende criteria van voorlichting stelden we dat:

a. het intentioneel is en planmatig gebeurt, en
b. belang en welzijn van de cliënt voorop staan.

De keuze voor voorlichting is gedaan op grond van een combinatie van pragmatische, ethische, effectiviteits- en efficiëntie overwegingen.

Wanneer individueel belang en algemeen belang strijdig zijn of lijken, heeft een voorlichter de – subjectieve – keuze tussen:

– kiezen voor een van de beide belangen;
– streven naar overeenstemming van beide belangen.

Voor een gezondheidsvoorlichter die gedragsverandering in verband met de preventie van mede door gedrag bepaalde ziekten tot doel stelt, biedt de tweede weg meer kans op realisering van zijn doelen. Deze keuze houdt in de noodzaak van zowel publiekgerichte als structuur (= op beleidsbepalers) gerichte voorlichting.

Hiermee samenhangend hebben we de doeleinden van voorlichting onderscheiden naar het helpen van cliëntsystemen enerzijds en – in feite als voorwaarde daartoe – het beïnvloeden van condities voor bepaald gewenst gedrag anderzijds.

Momenteel wordt gezondheidsvoorlichting, als volledige of als deeltaak, door zeer velen gegeven; deze werkers zijn in vier categorieën onderscheiden. Omdat ze bovendien vanuit talrijke verschillende organisaties werken, is van een meer geïntegreerde visie op gezondheidsvoorlichting geen sprake. Toch zijn een aantal kenmerken genoemd die voor elke goede voorlichting onontbeerlijk zijn, o.a. inzicht in het beeld dat het publiek van voorlichter en organisatie heeft en het vermogen om vertrouwen te wekken.

5. GEZONDHEIDSGEDRAG EN DE BEINVLOEDING VAN GEZONDHEIDSGEDRAG

Tot nu toe is voedingsgedrag aan de orde geweest, vooral vanuit de wens tot preventie van ziekten, i.c. hart- en vaatziekten. Dit is in feite een negatief uitgangspunt: men wil iets niet. Ervan uitgaande dat mensen in het algemeen meer gemotiveerd zijn door wat ze wél willen bereiken (zie 2.2.2.) is de vraag hoe het staat met de positieve kant: gezond zijn. Gezondheid blijkt een hooggewaardeerd goed (zie o.a. CASSEE, 1973) maar er bestaat tegelijkertijd een grote kloof tussen weten, waarderen en doen.

Dit hoofdstuk probeert meer inzicht te geven in de achtergronden van deze kloof en in de mogelijkheden die te verkleinen.

In dit laatste ligt een tweede reden om aan gezondheidsgedrag een afzonderlijk hoofdstuk te besteden, nl. dat er, onder andere via gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.) nogal wat pogingen zijn en worden gedaan tot beïnvloeding van gezondheidsgedrag. De inzichten die daaruit geleidelijk ontstaan, zijn van groot belang voor voorlichtingsstrategieën gericht op verandering van voedingsgedrag.

Na een begripsbepaling rond de term gezondheidsgedrag (5.1.) gaan we in op de relatie tussen gezondheidsgedrag en voedingsgedrag (5.2.) en we besluiten met enkele – sociaal-psychologische en sociologische – visies op de beïnvloeding van gezondheidsgedrag (5.3.).

5.1. BEGRIPSBEPALING

Gezondheid is een toestand of kwaliteit van het menselijk organisme welke een adequaat functioneren uitdrukt onder gegeven genetische en milieu-omstandigheden (operationele definitie van de WHO, geciteerd in VAN ZONNEVELD, 1974). Hij vervolgt: 'Gezondheid is dus een betrekkelijk begrip. Bovendien dekken subjectieve gezondheidsgevoelens en objectieve gezondheidstoestand elkaar lang niet altijd: men kan ziek zijn zonder zich ziek te voelen en omgekeerd.' Met de objectieve gezondheidstoestand wordt gedoeld op de volgens medische criteria gediagnotiseerde toestand.

Naast deze beide opvattingen over gezond zijn, speelt ook de sociale omgeving een rol bij toekenning van dit predikaat. Niet-gezond wordt in dit verband vaak gekoppeld aan afwijkingen van de – voor de persoon zelf of voor de omgeving – normale toestand.

Opmerkelijk in bovengenoemde en vele andere uitspraken is dat ondanks formulering van definities waarin gezondheid als een bepaalde wijze van zijn wordt beschreven, het kennelijk toch gemakkelijker is om om te gaan met gezondheid als wijze van niet-zijn, nl. van niet-ziek-zijn (voor een overzicht van definities zie STEELE & MACBROOM, 1972).

Gezondheid wordt uiteraard niet alleen bepaald door gezondheidsgedrag,

evenmin als het hele probleem van (te) hoge sterfte aan hart- en vaatziekten alleen wordt bepaald door gezondheidsfactoren.

Het volgende, met enige wijzigingen aan GREEN (1974) ontleende schema laat dit duidelijk zien (fig. 11).

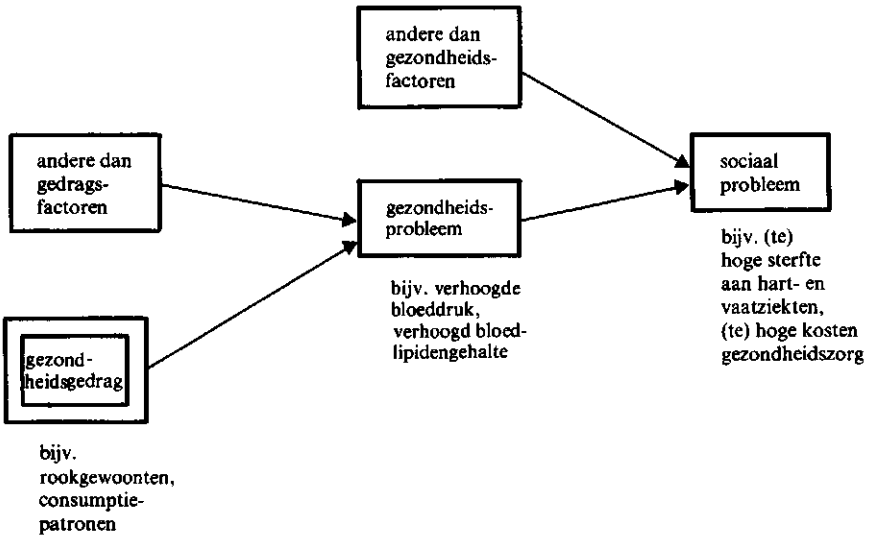


FIG. 11. Determinanten van een sociaal probleem (naar Green, 1974).

Beschouwen we het dik omkaderde blok in dit schema als gezondheidsgedrag dan zien we dat ook hier weer zowel in de persoon als in de situatie gelegen factoren hierop invloed uitoefenen. We hanteren dan de ruime opvatting van het begrip gezondheidsgedrag en rekenen ertoe alle gedrag dat op gezondheid hoe dan ook invloed uitoefent, het zg. 'health-related behaviour'.

Beperkter van aard is het gedrag dat bewust op behoud of verkrijgen van gezondheid is gericht, het zg. health-directed behaviour' (STEUART, 1965).

De meeste nu volgende omschrijvingen hebben betrekking op dit laatste gedrag. Zo beschrijven KASL & COBB gezondheidsgedrag ('health behaviour') als 'any activity undertaken by a person who believes himself to be healthy, for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage' (1966: 246). ROSENSTOCK gebruikt de begrippen gezondheidsgedrag en preventief gezondheidsgedrag door elkaar, wat nogal verwarrend is. Immers, naar analogie van het begrip preventieve gezondheidszorg, omschreven als:

- de zorg gericht op het voorkomen van ziekte en beperken van de schade ten gevolge van ziekte (KUIPER, 1975: 110); is preventief gezondheidsgedrag te zien als:
- gedrag, gericht op het voorkomen van ziekte en beperken van de schade ten gevolge van ziekte.

Het begrip omvat, op deze wijze omschreven, primaire, secundaire en tertiaire preventie. [32]

Voor de term gezondheidsgedrag prefereren we de beperkter door KASL & COBB gegeven omschrijving. Het houdt in dàt deel van de primaire preventie waarvoor een persoon zelf door eigen gedrag zorg kan dragen (bijv. niet roken), alsmede een deel, eveneens door eigen gedrag bepaald, van de secundaire preventie (bijv. het meedoen aan een screeningsonderzoek). Fig. 12. moge dit verduidelijken.

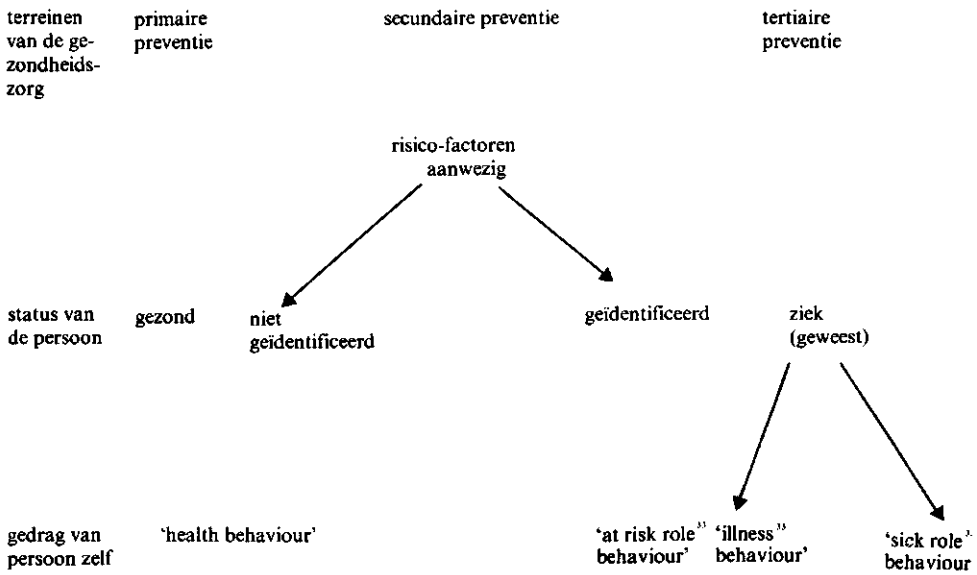


FIG. 12. Globale samenhang tussen soorten preventie en de status, respectievelijk het gedrag van een persoon m.b.t. gezondheid en ziekte.

Het schema bedoelt niet de terreinen, status, respectievelijk gedrag als discontinu aan te geven; er zijn vloeiende overgangen. Ook verticaal zijn de grenzen niet absoluut. Zo merkt BARIC (1969) op dat tussen het identificeren van risico-factoren, bijv. bij screeningsonderzoek en de acceptatie van deze informatie en daarmee ook de rol van een verhoogd risico te lopen enige tijd verstrijken kan.

Zolang men spreekt over preventie, duidt men op het willen voorkomen van iets. Deze activiteiten in de gezondheidszorg, waarbij het verminderen, resp. opheffen van schadelijke invloeden op de voorgrond staan, zijn te zien als negatieve gezondheidszorg (VAN ZONNEVELD, 1974). Men minimaliseert, d.w.z. probeert erger te voorkomen. Bij positieve gezondheidszorg daarentegen gaat het om het opvoeren van het lichamelijk en geestelijk weerstandsvermogen in het algemeen; men maximaliseert, d.w.z. streeft naar beter. VAN ZONNEVELD noemt

als voorbeeld o.a. voedingsvoorlichting. Hieruit blijkt al dat dezelfde soort activiteiten door de een als preventie, door de ander als positieve gezondheidszorg worden aangeduid. Dit is louter afhankelijk van het feit of men de negatieve invalshoek: voorkomen van iets dat men niet wenst, kiest of de positieve: bereiken van iets dat men wel wenst.

Precies dezelfde redenering geldt, mutatis mutandis, ook voor gezondheidsgedrag. Eerder omschreven we positief gezondheidsgedrag als het hanteren van gezondheid handhavende of -bevorderende maatregelen en noemden als voorbeeld het gebruiken van adequate voeding en niet-roken (WESTMAAS-JES, 1976). In KUIPER's terminologie is positief gezondheidsgedrag het gedrag dat het gezonde bestaan begunstigt (KUIPER 1975); volgens hem is overigens sprake van een pleonasme aangezien elk gezondheidsgedrag dit kenmerk heeft.

Concluderend

De begrippen gezondheidsgedrag, positief gezondheidsgedrag en preventief gezondheidsgedrag blijken betrekking te hebben op dezelfde soort activiteiten. Wij verstaan eronder elk gedrag van een zichzelf gezond beschouwend persoon dat erop gericht is gezond te blijven dan wel eventuele risico-factoren en/of symptomen van ziekte op te sporen. Onder gezondheidsgedrag zoals hier bedoeld, valt dus zowel het gebruiken van een adequate, evenwichtige voeding als het meedoen aan een screeningsonderzoek op risico-factoren voor coronaire hartziekten.

Het opvolgen van dieetvoorschriften, gegeven nadat bij een persoon een of meer risico-factoren zijn geïdentificeerd, rekenen we niet tot gezondheidsgedrag, maar tot gedrag behorend bij de rol risico te lopen ('at-risk role', zie fig. 12).

5.2. GEZONDHEIDSGEDRAG EN VOEDINGSGEDRAG

Het onderscheiden van beide begrippen is een wat moeilijke opgave. Enerzijds kan men zeggen dat elk voedingsgedrag gezondheidsgedrag is, omdat elk voedingsgedrag hoe dan ook uiteindelijk invloed heeft op iemands gezondheidsgedrag. We spreken dan van 'health-related behaviour'. Anderzijds kan men slechts dát voedingsgedrag ook gezondheidsgedrag noemen dat bewust gericht is op behoud of verkrijgen van gezondheid, zg. 'health-directed behaviour'. In fig. 1 is voedingsgedrag geheel opgenomen in het blok gezondheidsgedrag waarmee wij aangeven de term in ruime betekenis te hanteren.

Is de waarde die men hecht aan gezondheid van invloed op gezondheids- en voedingsgedrag?

In onderzoek van CASSEE (1973) vond de overgrote meerderheid van de ondervraagden gezondheid het allerbelangrijkste in het leven, vóór huwelijk, werk, geloof, vrienden/kennissen en financiële zaken. Hij vond echter ook dat naarmate men gezondheid belangrijker vindt, men in het afgelopen jaar in mindere mate voor controle naar de tandarts is geweest en langer geleden vrijwillig is doorgelicht, m.a.w. 'een negatieve relatie tussen preventief (in onze termi-

nologie gezondheids-) gedrag en de waarde die men hecht aan gezondheid in plaats van een positieve'.
CASSEE oppert de veronderstelling van een gemeenschappelijke achtergrond, nl. angst voor ziekte en waarschuwt: 'een voorlichting die bepaalde gedragsveranderingen tot stand tracht te brengen door te wijzen op het belang ervan voor de gezondheid zou immers voor bepaalde mensen de angst alleeen nog maar vergroten.'

GRIFFITH gaf al in 1965 aan dat een van de meest belangrijke taken voor gezondheidsvoorlichting was méér te weten te komen over de 'health value orientations'. Hij citeert PARSONS, die meldt dat gezondheid in de Amerikaanse cultuur als een groot goed wordt gezien, maar vraagt zich af waarom het dan toch zoveel moeite kost mensen tot andere 'health behaviours and practices' te brengen.

Kortom, allerwegen een kloof tussen de waarde die men zegt aan gezondheid toe te kennen en realisering van deze waarde in het eigen gedrag. Dit brengt VAN PARIJS (1975) tot de vraag: 'welke factoren dan wel van invloed zijn op het gezondheidsgedrag'. En direct daaropvolgend: 'voedingsgewoonten vormen een interessant voorbeeld hoe complex en gevarieerd deze factoren kunnen zijn.[34]

VAN PARIJS geeft door deze directe overgang impliciet twee meningen weer: ten eerste dat voor het dagelijkse voedingsgedrag precies hetzelfde geldt als voor gezondheidsgedrag in het algemeen, nl. dat gezondheid een latente waarde is die pas manifest wordt bij afwezigheid. In de tweede plaats dat voedingsgedrag voor een groot deel gewoontegedrag is. In dergelijke situaties is er geen sprake (meer) van bewust afwegen en toekennen van waarden. Met andere woorden, zelfs al zou gezondheid een manifeste waarde zijn, dan nog wordt het dagelijkse voedingsgedrag er slechts in beperkte mate door beïnvloed, omdat geen afweging van waarden plaatsvindt.

Dit houdt in dat in g.v.o. het accent veel meer zou moeten liggen op het (opnieuw) bewust doen afwegen van verschillende waarden bij bepaald gedrag dan op verleggen van prioriteiten binnen die waarden.

Wellicht biedt een aan de Amerikaanse methodiek van 'value clarification' te ontlenen benadering hiertoe mogelijkheden. Voor enige achtergrondinformatie over het gebruik van 'value clarification' in g.v.o. verwijzen we naar artikelen van OSMAN (1973, 1974) die daarbij ook diverse mogelijke methoden bespreekt en naar een speciaal aan 'value clarification' gewijd nummer van School Health Review (1974).

De gebruikelijke onderzoeksmethoden van vrije of (half) gestructureerde vraaggesprekken geven wel inzicht in de bewuste of snel bewust te maken argumenten voor voedingsgedrag, maar hierin overheersen uiteraard die waarden die de respondent(e) cognitief kan vertalen. Zo vormden gezondheidsredenen totaal de grootste groep onder de argumenten die 22 Nederlandse huisvrouwen voor hun voedingsgedrag gaven. Smaak en persoonlijk voorkeur vormden de daarna grootste groep argumenten. Onder de respondenten, in leeftijd variërend van 23-73 jaar 'was echter niemand bij wie meer dan globaal de helft van de genoemde argumenten uit gezondheidsredenen bestond' (GROENEVELD et al., 1976). Vermeld worden verder de indrukken dat met name de ouderen gezond-

heidsgericht zijn, en evenzo de jonge ouders, maar dan voornamelijk in het voedingsgedrag ten aanzien van hun kinderen. Ook was de indruk 'dat mensen met een lagere opleiding en lager gekwalificeerd beroep minder gezondheidsgericht zijn.' Het kleine aantal respondenten laat uiteraard geen enkele conclusie hieromtrent toe. Opvallend is wel dat aan dergelijke vragen in ander (voedings)onderzoek niet of nauwelijks aandacht wordt gegeven.

Concluderend:

De waarde die mensen toekennen aan gezondheid is groot, maar nauwelijks gedragsbepalend. Bij voedingsgedrag dat in belangrijke mate een gewoontekarakter heeft, vindt bovendien nauwelijks een bewust proces van afweging (meer) plaats. Het is een taak voor gezondheidsvoorlichting dit gewoontekarakter te doorbreken en te realiseren dat deze prioriteitstelling (opnieuw) bewust gebeurt. Wil men echter na een nieuwe prioriteitstelling een permanente verandering van voedingsgedrag bewerkstelligen, dan zal dit nieuwe gedrag ook tot gewoonte moeten worden.

Een voorlichter kan hierbij helpen, enerzijds door stabiliserende krachten in de persoon of diens directe omgeving te versterken, anderzijds door te werken aan bevorderende krachten in de macro-omgeving (bijv. produktbeschikbaarheid).

5.3. De beinvloeding van gezondheidsgedrag

5.3.1. *Inleiding*

Programma's ter beïnvloeding van diverse vormen van (on)gezond gedrag baseren zich op:

a. descriptieve modellen van gezondheidsgedrag en de invloeden die op dit gedrag inwerken dan wel er een voorwaarde voor zijn;
b. fragmentarische, theoretische noties vanuit groepsdynamica, motivatie- en perceptietheorieën, leertheorieën, onderzoek naar effecten van massamedia en interpersoonlijke communicatie, naar attitudeveranderingen etc.

Een dynamisch, d.w.z. als veranderingsmodel opgezet en getoetst model is (nog) niet beschikbaar; wij gaan – en kunnen – dit hier ook niet ontwikkelen.

Wel stellen we diverse visies op gezondheidsgedrag aan de orde, te weten twee modellen, ontwikkeld vanuit een sociaal-psychologische gezichtshoek (5.3.2.) en enige meer sociologische visies (5.3.4.).

3.5.2. *Twee sociaal-psychologische visies*

Zolang empirisch onderzoek geen voldoende antwoorden heeft gegeven op de vraag welke variabelen in welke situaties gezondheidsgedrag het best voorspellen, zullen veel modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag naast elkaar blijven bestaan.

Twee modellen komen hier aan de orde, te weten het 'health belief'-

model en een model ontwikkeld door JACCARD (1975) op basis van ideeën van FISHBEIN. Het eerste is uitgebreid getoetst; aan het tweede besteden we aandacht, omdat het een op gezondheidsgedrag toegepaste uitwerking is van ideeën die eerder, bij de vraag naar de relatie tussen attitude en gedrag, ter sprake kwamen (3.5.4.).

5.3.2.1. Het health belief-model

Het health belief-model is ontwikkeld als een model ter verklaring van preventief gezondheidsgedrag, d.w.z. tot beantwoording van de vraag: onder welke voorwaarden gaan mensen 'who are not currently suffering disabling disease' over tot preventief gedrag (ROSENSTOCK, 1974). De invalshoek is duidelijk die vanuit het vermijden van ziekte (zie 5.1.). ROSENSTOCK zelf geeft als reden aan: 'This (= avoidance orientation) grows out of the difficulty of giving positive health any operational meaning.' Een van de basisgedachten van het model is LEWIN's visie dat gedrag altijd afhangt van:

a. de waarde die door een persoon aan een bepaald resultaat (van dat gedrag) wordt gehecht;
b. de door de persoon geschatte waarschijnlijkheid dat het specifieke gedrag tot dat bepaalde resultaat leidt.

Het model is in oorsprong dan ook te zien als een duidelijk voorbeeld van een zg. 'value-expectancy-theory' (MAIMAN & BECKER, 1974).[35] In het model zijn de volgende overwegingen opgenomen die bepalen of mensen al dan niet tot een bepaalde gezondheidsactie overgaan:
- Hoe groot is de – subjectieve – kans dat ik een ziekte oploop? ('perceived susceptibility').
- Hoe ernstig is deze ziekte voor mij? ('perceived seriousness/severity').
- Is er door mij iets aan te doen en heeft dit zin? ('evaluation of actions and their benefits').
- Wat staat actie in de weg? ('evaluation of barriers to action').

Het oorspronkelijk ook opgenomen begrip 'salience' is bij gebrek aan goede operationaliseringsmogelijkheden er later buiten gehouden. De zin van het opnemen van een dergelijk begrip, waarin de eigen betrokkenheid, de wil bij de persoon zelf om iets te doen, tot uiting komt, is goed te illustreren met een voorbeeld uit obesitas-onderzoek: een derde van de mannen en een vijfde van de vrouwen met een overgewicht van meer dan 30% vindt zichzelf niet te zwaar (SILVERSTONE, 1937).[36]
HAEFNER (1974) betrekt het begrip 'salience' wel bij zijn overzicht van variabelen die op gedragingen als controlebezoek aan de tandarts, mondhygiëne e.d. ('preventive dental behaviour') invloed hebben.

Iemands gezondheidsopvattingen ('health beliefs') blijken nl. een veel hogere voorspellende waarde voor iemands gezondheidsgedrag te hebben bij personen die hoog gemotiveerd zijn voor gezondheid dan voor degenen met een lage motivatie (GOCHMAN, 1972).

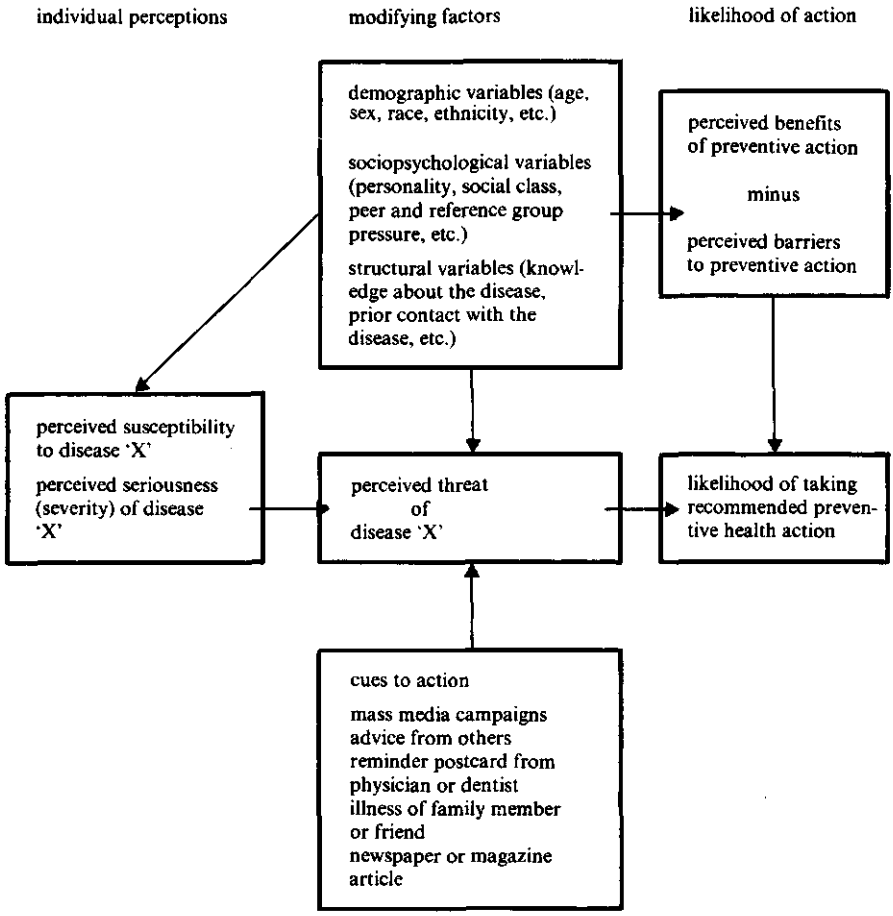


FIG. 13. Het 'health belief' model als voorspeller van preventief gezondheidsgedrag (Becker et al., 1974: 7).

Het ontbreken van een duidelijk motivatieconcept is zowel door critici (o.a. ANTONOVSKY & KATS, 1970) als door navolgers van het HBM gesignaleerd (in ROSENSTOCK, 1974: 322). Overwogen wordt in dit verband het begrip 'cue to action' als de aanleiding om inderdaad tot handelen over te gaan, aan het model toe te voegen. Dit vooralsnog wat vage begrip zal nader onderzocht moeten worden op zijn bruikbaarheid. Hetzelfde geldt voor andere variabelen die door sommige auteurs worden gesuggereerd ter verbetering van de gedragsvoorspellende waarde:

– ervaringen met eerder gezondheidsgedrag, bijv. tandartsbezoek (GOCHMAN, 1972);

– drempelwaarde, waar beneden de in het model opgenomen variabelen geen effect hebben. Deze drempel zou individueel verschillend kunnen liggen (ANTO-

NOVSKY & KATS, geciteerd door ROSENSTOCK, 1974).

Na een overzicht van zowel retro- als prospectieve studies concludeert HAEFNER (1974) dat de voorspellende waarde van elk van de beschouwde variabelen afzonderlijk verre van optimaal is, maar verbetert als men ze te zamen beschouwt. Dit is een belangrijke aansporing voor meer onderzoek naar de interactie tussen de variabelen van het HBM;

5.3.2.2. Het model van JACCARD

JACCARD (1975) gaat uit van de stelling dat (gezondheids)gedrag het best wordt voorspeld door intentie tot uitvoering van dat bepaalde gedrag (vergelijk 3.5.4.) Deze gedragsintentie wordt op zijn beurt bepaald door iemands:

- opvattingen over de gevolgen van uitvoeren van het gedrag en de betekenis van die gevolgen;
- opvattingen over wat relevante anderen van hem verwachten en zijn motivatie om hieraan te voldoen.

De intentie is in hoge mate gedragsvoorspellend wanneer:

o het tijdsverloop tussen de meting van de intentie en het gedrag niet te lang is;
o in de tussentijd geen, met de intentie strijdige, informatie is ontvangen;
o het aantal stappen tussen intentie en feitelijk gedrag niet te groot is;
o de intentie in overeenstemming is met de mogelijkheden het gedrag uit te voeren;
o vergeten van de intentie geen rol speelt;
o gewoonten, strijdig met de intentie, niet sterk aanwezig zijn;
o gedrag en gedragsintentie op hetzelfde specificiteitsniveau gemeten zijn.

JACCARD (1975) noemt zelf de volgende verschillen met het HBM:

a. Het begrip gedragsintentie als interveniërende variabele tussen opvattingen en gedrag komt in het HBM niet voor;
b. In FISHBEIN's model is plaats voor de invloed van sociale normen; deze werken nl. door in de intentie;
c. Hoewel beide modellen ontleend zijn aan de 'expectancy-value' ideeën van LEWIN et al. bestaat verschil in de soort opvattingen waarvan de waardering wordt bepaald. Bij het HBM gaat het om drie vaste opvattingen ('susceptibility, severity, benefits'), terwijl FISHBEIN voor elk specifiek gezondheidsgedrag een set 'belief statements' ontwerpt en hierover de waardering bepaalt;
d. Het HBM wijst op het belang van – subjectieve – vatbaarheid en ernst, terwijl FISHBEIN deze ziet verwerkt in de normatieve en motivationele componenten die de gedragsintentie bepalen.

Als illustratie hoe het model door g.v.o-ers kan worden gebruikt, presenteert JACCARD resultaten van toepassing ervan op het roken van sigaretten. Een interessant resultaat is dat degenen onder de (78 student)-respondenten die van plan waren te roken, niet verschillen van degenen die dit niet van plan waren op hun opvattingen over de schadelijke gevolgen en de betekenis daarvan. Wel

verschilden zij op de sociale overwegingen: '... the types of beliefs distinguishing smokers and non-smokers focus on social rather than physical concerns (at least for the present sample). If this is the case future campaigns might best confront the social benefits of smoking rather than emphasizing the physical harms.'

Het is goed mogelijk dat bij veel meer soorten gezondheidsgedrag het accent in programma's veeleer op de sociale context van dat gedrag dan op de mogelijke lichamelijke gevolgen dient te worden gelegd. Vermoedelijk speelt dit bij voedingsgedrag gericht op de preventie van hart- en vaatziekten evenzeer als voor het door JACCARD onderzochte roken.

Degenen belast met het opzetten van programma's dienen zich bewust af te vragen welke invalshoek zal moeten overwegen.

5.3.3. *De rol van angst bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag*

Omdat met name in het 'health belief'-model factoren opgenomen zijn als de mate van subjectief ervaren vatbaarheid voor, resp. ernst van een ziekte, lijkt aansluitend de vraag naar de rol van angst bij gezondheidsgedrag en pogingen dit te beïnvloeden, apart bespreking waard.

Een van de eerste en veel geciteerde onderzoekingen naar de effecten van angst bij persuasieve communicatie is dat van JANIS & FESHBACH (1953). Bij drie niveaus van bedreiging – laag, matig en hoog – constateerden zij direct na de lezing en dia's:

- geen enkel verschil in kennis van de feitelijke inhoud van de boodschap;
- meer ambivalente reacties naar aanleiding van de boodschap met de hoogste dreiging.

Eén week later bleek, dat de minimale angstboodschap tot de grootste veranderingen in het (tandenpoets)gedrag en het controlebezoek aan de tandarts had geleid (18% tegenover de normale 4% van de controlegroep; beide beweerd gedrag).

Bovendien bleek de minimale angstgroep tegenpropaganda het best te weerstaan. De conclusie van JANIS & FESHBACH luidt dat een sterke angstboodschap de kans vergroot dat het publiek achterblijft in een spanningstoestand die – bij onvoldoende geruststelling in de boodschap – leidt tot ontkenning en minimalisering van de dreiging. Deze als hypothese geformuleerde conclusie is versimpeld en vaak geciteerd als: 'strong appeals to fear, by arousing too much tension in the audience, are less effective in persuasion than minimal appeals' (in HIGBEE, 1969: 472). 'Is de spanning te hoog, dan voorvoelt de persoon de bedreiging van een actue paniek en om te voorkomen hieraan te worden onderworpen, zal men zich opnieuw afschermen' (DEFARES, 1976: 25).

In de loop der tijd zijn op deze, naar aanleiding van JANIS' werk geformuleerde visie nogal wat nuances aangebracht. Naast te veel angst kan ook sprake zijn van te weinig; er moet een zekere bezorgdheid bestaan, wil er actie komen (LEVENTHAL, in YOUNG, 1967). Deze bezorgdheid moet dan wel betrekking hebben op de eigen situatie: 'zolang de emotionele schrikreactie deze ego-referentie ontbeert, is de bereidheid veranderingen tot stand te brengen,

minimaal . . .' (DEFARES, 1976: 24). De hoogte van deze drempel is persoons- en situatiegebonden. Persoonlijke eigenschappen als zelfvertrouwen, kunnen omgaan met spanningen, spelen een rol. Hoe lager iemands zelfbeeld toch al is, des te eerder is het optimum qua emotionele schokwerking bereikt.

Ook opleiding speelt een rol: terwijl personen met een hogere sociaal-economische status beter op minimale angst reageren dan op maximale, was dit bij personen met een lagere sociaal-economische status juist omgekeerd (HAEFNER, in YOUNG, 1967). 'Het arousalniveau, dat voor het op gang brengen van veranderingen essentieel is, zal derhalve bij de ene categorie reeds worden bereikt bij een betrekkelijk milde waarschuwing, terwijl bij anderen veel sterkere emotionele prikkels noodzakelijk zijn' (DEFARES, 1967: 25).

In de situatie spelen het al dan niet zich openlijk uiten ('public commitment') en groepsnormen een rol (YOUNG, 1967). In feite hangen deze factoren nauw samen: een persoon zal zich pas openlijk tegenover anderen tot een bepaald (nieuw) gedragspatroon bekeren als hij de (mogelijke) reacties van die anderen heeft geschat en geëvalueerd.

In verschillende onderzoekingen zijn boodschappen met lage, respectievelijk hoge dreiging met elkaar vergeleken. KIRSCHT & HAEFNER (1973) toonden – bij gebruik van twee films met een hoge, resp. lage dreiging – aan dat er geen verschil na afloop bestond in bezorgdheid, gevoelde ernst en vatbaarheid voor hart- en vaatziekten (het onderwerp van de films). Wel was bij de hoge dreiging het geloof in preventie, de intentie tot actie, en de actie zelf vergroot, maar alleen op die handelingen die simpel en enkelvoudig zijn: doktersbezoek, minder produkten met veel cholesterol gebruiken (zie ook HAEFNER & KIRSCHT 1970; YOUNG, 1967). Met andere woorden: op de actiecomponenten was de hoge dreiging effectiever, maar dit beperkte zich tot enkelvoudige handelingen; veranderingen in meer ingrijpende leefgewoonten vonden niet plaats.

Ook ander onderzoek van HAEFNER & KIRSCHT (1970) leidde tot de conclusie dat er geen verband bestond tussen de mate van dreiging en veranderingen in ervaren vatbaarheid, ernst en mogelijkheden van preventie. Zij toonden drie films, over kanker, tuberculose en hart- en vaatziekten. Bij alle groepen was het gevoel de ziekte te kunnen krijgen ('perceived susceptibility') toegenomen, de ernst niet. Kennelijk waren de ziekten al vooraf dreigend genoeg. Een opmerkelijk resultaat was verder dat men niet alleen mogelijkheden zag in de aanbevolen maatregelen, bijv. lichaamsbeweging, voor de in de films getoonde ziekten, maar ook in andere niet genoemde. De auteurs spreken, in navolging van JANIS' ideeën van het zoeken naar zg. toegevoegde geruststelling ('added reassurance').

Ook RADELFINGER vond geen verschil tussen een hoog en een matig angstige boodschap: beide waren even weinig effectief in het stimuleren een tetanusinjectie te verkrijgen (in YOUNG, 1967).

EVANS constateerde bij hoge dreiging + aanbevelingen de meeste verandering in beweerd (tandenpoets)gedrag. Maar een positieve benadering met uitgebreide aanbevelingen leverde de meeste werkelijke verandering op. We zien hieruit opnieuw hoe voorzichtig we moeten zijn met het zonder meer aannemen van beweerd gedrag als echt gedrag (in SNADOWSKY, 1972).

Na een uitgebreid overzicht van '15 years of fear arousal' (1953-1968) constateert HIGBEE (1969):

- er is meer steun voor de visie dat een hoge dreiging effectiever is dan een lage, dan voor de visie dat hierdoor defensiemechanismen gaan werken;
- hoe gemakkelijker de aanbevolen maatregelen en hoe meer gespecificeerd, des te groter is de effectiviteit van een boodschap, ongeacht het niveau van angst;
- de reactie van personen op dreigende boodschappen is afhankelijk van persoonlijke eigenschappen als zelfvertrouwen, manier van omgaan met spanningen, kwetsbaarheid;
- bij een zeer geloofwaardige bron zijn sterk dreigende boodschappen effectiever dan zwak dreigende;
- er bestaan geen verschillen in leren van feitenmateriaal bij boodschappen met een hoge, respectievelijk lage dreiging;
- in welke mate angst interesse wekt, is nog een veel omstreden vraag; de resultaten zijn sterk controversieel.

Een onderzoek naar dit laatste punt is dat van SWINEHART (1968). Hij ging na in welke mate bezorgdheid correleerde met verder zoeken naar informatie in een experiment waarbij hij via koppen van (krante)artikelen onderzocht of mensen nu juist het artikel met de dreigende dan wel de geruststellende kop gingen lezen. Hij vond een vrijwel lineair verband tussen de opgewekte angst en de wens verder te lezen, maar van de geruststellende versie van het artikel onthielden de mensen meer (kennisscore).

Op het allerminst geruststellende affiche van de Nederlandse Stichting Goed Gebit 'Dank je wel, lieve mensen' was van de cognitieve reacties slechts 14% negatief van aard (n = 127); van de emotionele slechts 12% (n = 209). De samenhang met andere kennis- of gedragsreacties is niet nagegaan.[37]

Voor voorlichting in situaties waarin niet zonder meer contact met de doelgroep is gegarandeerd, is niet zozeer van belang hoe mensen reageren op angstboodschappen als zij hieraan verplicht zijn blootgesteld (als bij veel onderzoek) maar meer nog hoe mensen zich in vrije keuzesituaties opstellen. Dat wil zeggen of zij geïnteresseerd worden, resp. blijven door boodschappen met een hoge dan wel lage angstdreiging. Over dit aspect is met uitzondering van het hiervoor vermelde weinig bekend.

Samenvatting

Het effect van angst bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag wordt bepaald door drie soorten variabelen:

1. eigenschappen van de ontvanger(s): kwetsbaarheid, zelfvertrouwen, zelfbeeld, manier van omgaan met spanningen.
2. de soort en mate van dreiging in de boodschap: een basishoeveelheid is nodig om een – op een persoon zelf betrokken – emotionele betrokkenheid te creëren. Het effect neemt vervolgens toe met de mate van opgewekte en persoonlijk ervaren angst, maar over het verloop van de curve zijn de resultaten controversieel;

3. kenmerken van de specifieke aanbevelingen: veranderingen in enkelvoudige handelingen vinden wél plaats bij hoge dreiging, ingrijpender veranderingen niet.

5.3.4. *Gezondheidsgedrag in sociologisch perspectief*

In het voorgaande is naar voren gekomen dat er in de westerse samenleving geen 'krachtige, het medisch handelen belemmerende, tegencultuur ten aanzien van gezondheid en ziekte' bestaat (TELLEGEN, 1970: 75). Dat desondanks het individuele gedrag lang niet altijd overeenkomt met wat uit gezondheidsoogpunt wenselijk wordt geacht, is eveneens duidelijk. Sommige individuele gezondheidsgedragingen zijn terug te voeren op in bepaalde (sub)-culturele groeperingen geldende opvattingen en normen ten aanzien van gezondheid en ziekte. Deze hoeven bepaald niet parallel te lopen met die van de medische wetenschap, resp. gezondheidsvoorlichters. Zo vond BOLTANSKI (1969) in Parijs dat de lagere klasse bij het denken over gezondheid uitgaat van een meer traditioneel, niet strikt wetenschappelijk gefundeerd samenstel van opvattingen met betrekking tot de gezondheid. De voorlichting en opvoeding vanuit de meer wetenschappelijk georiënteerde opvattingen wordt in het eigen denkkader vertaald, met talrijke mogelijkheden tot miscommunicatie.

Met name de medische sociologie, ofwel 'sociologie, toegespitst op verschijnselen in verband met gezondheid en ziekte' houdt zich bezig met de invloed van sociale relaties op de gezondheidstoestand (TELLEGEN, 1970). Het is echter vaak moeilijk een strikte scheiding te maken tussen fysieke en sociale beïnvloedingsprocessen: 'De conclusie dat allerlei sociale factoren als sociale status, sexe, woonplaats of etnische herkomst van invloed zijn op het ontstaan van ziekte, laat de vraag naar de hoedanigheid van deze sociale factoren nog onbeantwoord. Vaak is onduidelijk of de gevonden samenhangen toe te schrijven zijn aan verschillen in voeding, lichaamsbeweging, rookgewoonten en fysieke invloeden in de werksituatie of aan verschillen in sociale relaties of sociaal geïnduceerde stress' (TELLEGEN, 1970: 17).

SUCHMAN (1967) ontwikkelde een model waarin hij gezondheidsgedrag zag als een directe afgeleide van zg. 'medical orientations' die op hun beurt weer door socio-demografische en socio-structurele variabelen werden bepaald. Hij maakte onderscheid tussen meer progressieve, individualistische, instrumentele en open zg. kosmopoliete gemeenschappen en de meer traditionele, gesloten, meer op groepsverbondenheid en affect ingestelde zg. parochiale gemeenschappen. Voorts legde hij verband tussen deze socio-structurele variabelen en socio-demografische kenmerken als etniciteit en sociale klasse. Zijn postulaat was dat personen in de kosmopoliete sociale netwerken een meer wetenschappelijke oriëntatie ten opzichte van medische zaken hebben dan personen in de parochiale structuren.

Hoewel SUCHMAN's model de aanzet is geweest tot meer onderzoek in deze richting, zijn de resultaten niet altijd in overeenstemming met het door hem gestelde. REEDER & BERKANOWITZ (1970) komen bij gebruik van gedeeltelijk dezelfde vragen als SUCHMAN gebruikte, op diverse punten tot strijdige resultaten. Zo stellen zij opnieuw ter discussie of medische oriëntaties wel stabiele voorspellers van gezondheidsgedrag zijn. Hun conclusie luidt voorts dat de

relaties tussen socio-demografische, socio-structurele en medische orientaties veel complexer zijn dan door SUCHMAN werd verondersteld. Men kan vermoeden dat samenhangen tussen gezondheidsgedrag en meso-/macrovariabelen zoals door SUCHMAN geconstateerd, wel gevonden (kunnen) worden bij vergelijking van betrekkelijk af te bakenen (sub)culturen.

Zo bleek in longitudinaal onderzoek dat personen van verschillende subculturen – joden, italiaanse katholieken, protestanten – een volledig andere waarde hechten aan criteria voor 'zich niet welbevinden'. Was het voelen van pijn voor alle drie groepen een waarschuwingsteken, voor de Italianen gold dit verreweg het sterkst. Daarentegen vreesden in de joodse groep meer mensen de (verwachte) gevolgen van ziekte en speelde bij de protestanten de (verwachte) onmogelijkheid tot uitvoering van de normale bezigheden de hoofdzaak bij de eigen diagnose niet (meer) gezond te zijn (TWADDLE, 1969).

Bij pogingen tot beïnvloeding van gezondheidsgedrag kan men aan dergelijke differentiërende subculturele normen niet voorbij gaan. Naarmate men echter te maken krijgt met meeromvattender culturen waarin de verschillen tussen subgroeperingen diffuser worden, worden de verbanden abstracter en is van enige (gezondheids)gedragsvoorspellende waarde geen sprake meer. Het verbaast dan ook niet dat TWADDLE, naast het door PARSONS in 1951 geformuleerde 'sick-role behaviour' [38] nog zes andere 'sick role' gedragsconfiguraties kon waarnemen, met andere woorden van consistent ziektegedrag is geen sprake.

Hetzelfde geldt voor de eveneens door PARSONS geformuleerde 'health role . . . in response to which individuals engage in actions to the express purpose of preventing disease'. STEELE & MACBROOM (1972) constateerden dat gezondheidsgedrag multidimensioneel is en dat consistent gedrag slechts bij een zeer kleine groep personen voorkomt.

Uit het tot nu toe onder 5.3.4. besprokene krijgt men sterk de indruk dat hoofdpunten van (sociologische) interesse rond gezondheidsgedrag vooral geweest zijn:

- wat zijn determinanten van ziekte of gezondheidsstoornissen? (zie ook AAKSTER, 1972, 1974);
- hoe gaan mensen om met klachten en ziekte, met andere woorden wat bepaalt of mensen zich ziek voelen, of en wanneer ze (medische) hulp inroepen, en hoe ligt dit bij verschillende subgroeperingen van de bevolking?

Het soort vragen dat wij bij de titel en opzet van deze paragraaf voor ogen hadden, lag meer op het gebied van leefgewoonten en veranderingen daarin, met name voorzover deze risico's voor de gezondheid inhouden. Ter illustratie: het alcoholverbruik is de laatste 10-15 jaar zeer sterk gestegen.[39]

Welke zijn de sociologische achtergronden van een dergelijke toch vrij ingrijpende verandering in de drinkgewoonten van grotere groeperingen? Over dit soort veranderingen is, voorzover wij weten, erg weinig bekend.

Onderzoek, vergelijkbaar met dat wat GADOUREK (1963) nu al weer bijna 15 jaar geleden deed naar de rook- en drinkgewoonten van een steekproef uit de Nederlandse bevolking zou hieromtrent meer inzichten kunnen verschaffen.

Hierbij doelen we dan ook op onderzoek naar de socialiseringsprocessen waarmee mensen zich bepaalde – riskante – gewoonten eigen maken.

Vaak worden gezondheidsbedreigende gedragingen beschouwd en beschreven als voorlopers van ziektegedrag. Het is o.i. de vraag of aanname van een dergelijk continuüm gecorloofd is. Beperken we ons weer tot voedingsgedrag, dan zijn allerlei wat men zou kunnen noemen 'riskante eetgewoonten' zó in het patroon van zeer velen ingeburgerd dat we deze situatie niet als voorloper van ziektegedrag kunnen zien. Veeleer moeten we deze risicosituatie apart beschouwen en nagaan wat de processen zijn die ertoe leiden, ook en misschien juist macro-structureel.

Op de vraag of gezondheid, risico lopen en ziekte op één continuüm liggen, gaat ook BARIC (1975) in. In een eerder artikel in 1969 gaat hij nog wel uit van een continuüm. In het recentere artikel stelt hij echter niet meer tevreden te zijn met dit door hem als 'medical model of health and illness' aangeduide model (BARIC, 1975). In plaats hiervan stelt hij voor de status van gezond zijn, risico lopen en ziek zijn afzonderlijk te beschouwen. Hij stelt dan dat: 'illness, risk and health are not three states on a continuum . . . but that they are represented by three different and socially distinguishable statuses, each with separate roles and with different sets of expectations and norms' (BARIC, 1975:6).

Samenvatting

Vatten we samen wat in het voorgaande is gezegd over gezondheidsgedrag vanuit een meer sociologische gezichtshoek, dan kunnen we stellen dat de in een samenleving levende opvatting en normen rond gezondheid (en ziekte) gezondheidsgedrag in enigerlei mate voorspelbaar maken. Met andere woorden, er bestaat een zekere overeenkomst binnen groeperingen over wat gezond, resp. ziek zijn inhoudt. De voorspelbaarheid is des te groter naarmate de (sub)-groeperingen en hun (sub)culturen homogener zijn.

Afwijkingen van de algemene norm worden tot op zekere hoogte geaccepteerd: daarbuiten wordt iemands 'gezondheids'gedrag als ongezond geëtiketteerd. Het is mogelijk dat mensen deze etikettering uitvoeren voor gezondheid, ziekte en risico lopen afzonderlijk, maar dit is nog slechts beperkt onderzocht.

Vrij algemeen is de visie gezondheid te beschouwen als de norm, kleine afwijkingen als acceptabele varianten en ziekte als niet-acceptabel. Deze afwijkingen kunnen uit het oogpunt van gezondheidskundigen vrij aanzienlijk zijn, maar desondanks sociaal volledig geaccepteerd zijn. Dit is vooral het geval bij op grote schaal geleidelijk ingeburgerde leefgewoonten (bijv. luxe of overdadig eten, royaal gebruiken van alcohol). Onderzoek naar de sociologische achtergronden van dit soort leefgewoonten is opmerkelijk weinig verricht.

5.3.5. *De beïnvloeding van gezondheidsgedrag*

In de vorige paragrafen zijn een aantal factoren aan de orde geweest die een gedocumenteerde invloed hebben op gezondheidsgedrag. In deze paragraaf willen we een poging doen de implicaties van de beschreven modellen voor de beïnvloeding van gezondheidsgedrag aan te geven.

Het 'health belief'-model en het ermee verwante model van JACCARD besteedden aandacht aan factoren op micro- en mesoniveau, terwijl enige in groter verbanden te situeren invloeden in het 'sociologisch perspectief' genoemd zijn.

Nu levert inzicht in te veranderen opvattingen nog geen strategie: 'a strategy for producing change is distinct from the locus or target of change' (ROSENSTOCK & KIRSCHT, 1974: 472). Het HBM is zelden via verandering getoetst. KIRSCHT wijst op twee moeilijkheden bij hantering van het model in veranderingssituaties:

- om het effect van een communicatie aan te tonen, is het nodig eerst zowel te demonstreren dat de opvattingen zijn veranderd als dat deze verandering in verband staat met het (veranderde) gedrag;
- gezondheidsopvattingen zijn niet de enige factoren die gedrag bepalen: 'There are for instance, forces of habit, of situational constraints and opportunities and of social pressures and norms that are not directly incorporated into the model' (1974: 456).

Hoewel een vraagteken te zetten valt bij de noodzaak veranderd gedrag aan te tonen via veranderde opvattingen, kunnen we zijn redenering onderschrijven als hij stelt: 'health belief modification is related to behaviour', maar alleen als de componenten van de variabelen worden vastgelegd op hetzelfde specificiteitsniveau als het te veranderen gedrag.[40] Ook JACCARD noemt deze eis bij zijn model.

Bovendien ligt de relatie tussen het veranderen van gezondheidsopvattingen en gedragsverandering veel duidelijker bij simpele, als effectief ervaren handelingen dan bij complex, repeterend gewoontegedrag (HAEFNER & KIRSCHT, 1970; KIRSCHT, 1974; HAEFNER, 1974). Zij vonden dat het veranderen van iemands opvattingen rond gezondheid wél toereikend is om handelingen te veranderen die grotendeels door gezondheidsmotieven zijn bepaald, zoals bijv. een controlebezoek aan een arts, een doorlichting o.i.d., maar dat dit gewoonlijk niet toereikend is om gedrag te veranderen dat een groter aantal behoeften tegelijk bevredigt, bijv. roken, eetgewoonten, lichaamsbeweging.

De sociaal-pyschologische modellen en het genoemde onderzoek geven voor de beïnvloeding van het gedrag rond de preventie van hart- en vaatziekten een aantal richtlijnen, nl. dat knelpunten zeer waarschijnlijk niet liggen bij de gepercipieerde ernst en evenmin, al is dit minder duidelijk, bij de ervaren vatbaarheid.

Knelpunten lijken vooral te zijn de perceptie van mogelijkheden tot preventie, ofwel doordat geen bewuste kosten/baten afweging plaatsvindt, dan wel dat de gepercipieerde kosten niet tegen de gepercipieerde baten opwegen. Een zeer belangrijke overweging in deze kosten/batenafweging waarop JACCARD wijst, zijn de meningen, verwachtingen en gedrag van voor die persoon of groep relevante anderen.

Het verdient dan ook aanbeveling vooral aan dit afwegingsproces aandacht te besteden, in de eerste plaats door het bewust te maken.

Daarnaast is, uitgaande van LEWIN's krachtenveldtheorieën (1952) verlaging van de barrières een meer geëigende weg om een verandering in het resultaat van de afweging te realiseren dan opvoeren van de 'benefits'.

Als onderdeel van deze barrièreverlaging is het mogelijk complex (gewenst) gedrag uiteen te leggen in enkelvoudige handelingen. Dit, gevoegd bij het een persoon (opnieuw) bewust maken van het tot gewoonte geworden gedrag en het vervolgens aanleren van nieuwe 'skill-habits' zijn interventiemogelijkheden op basis van het HBM.

Aan de Vrije Universiteit van Amsterdam is, in samenwerking met een Nederlands damesblad, volgens soortgelijke richtlijnen en gebaseerd op het werk van STUART (1967) en SCHACHTER (1971, 1972) een obesitas-programma ontwikkeld, waarbij deelnemers stapsgewijze en planmatig begeleid worden bij het ontwennen van het oude en aanleren en gewennen van nieuw voedingsgedrag (KUYS et al., 1975; HEUVELING-VAN BEEK & CHOY, 1976).

Ook op individuen gerichte pogingen tot beïnvloeding van gezondheidsgedrag stuiten op sociale en structurele factoren; 'the issue of social and situational supports and barriers is one that needs more work' (KIRSCHT, 1974: 465).

De interventiemogelijkheden liggen dan ook op psychologisch, sociaal, structureel en institutioneel vlak. ROSENSTOCK & KIRSCHT geven de mogelijkheden als volgt weer: 'On the individual level we will undoubtedly continue to use direct influence attempts to teach the child and his parents the benefits of prevention, early detection and treatment of serious conditions to which he is susceptible. On the group level we still use social pressures towards the same ends. Finally, on the societal and cultural level we still experiment with modifying the social and physical environment in a way that increases the probability of belief and behaviour change' (1974: 471).

Zij pleiten sterk voor het creëren van een zg. preventieve gerichtheid ('preventive orientations') al in de vroege jeugd.

In dezelfde geest is CLEARY's pleidooi voor een 'comprehensive well integrated school health program' (CLEARY, 1972). Ook in Nederland denkt men sterk in deze richting (o.a. GVO-project Nijmegen).

Omdat objectieve criteria ter weging van de gedragsbepalende factoren (nog?) niet te geven zijn, kan men tot zeer veel verschillende strategieën voor de beïnvloeding van gezondheidsgedrag komen, afhankelijk van de factoren waaraan men de meest doorslaggevende betekenis toekent. Is men met QUACK (1972) van mening dat de samenleving momenteel door sterke conformeringsdrang het ontstaan van hart- en vaatziekten in de hand werkt, dan is een pleidooi voor een aanpak vooral op macroniveau begrijpelijk. Gezien de complexiteit van een dergelijke aanpak is ook begrijpelijk dat pleidooien ervoor talrijker zijn dan programma's om deze voorwaarden (in de samenleving) voor gezond gedrag te realiseren.

GIBSON (1972) stelt in een uitstekend en beknopt overzichtsartikel: 'Each of the three main explanatory models of health care behaviour — the macro-functional, the micro-structural and the socio-psychological — imply different and at some times contradictory strategies for change. While each of them can claim considerable empirical support for its own perspective, each explanation has by and large effectively insulated itself from the insights the others have to offer.'

Een meer flexibele, op de specifieke situatie afgestemde strategiebepaling ver-

dient de voorkeur boven een dogmatisch proberen te werken binnen een vooropgezet model. We kunnen hierbij vasthouden aan algemener geldende criteria voor een strategiebepaling, het thema voor het nu volgende hoofdstuk 6.

Samenvatting

Vatten we de implicaties van de in voorgaande paragrafen beschreven modellen van gezondheidsgedrag voor de beïnvloeding van dat gedrag samen, dan kunnen we in het geval van hart- en vaatziekten stellen dat de knelpunten waarschijnlijk eerder liggen bij een niet bewuste dan wel negatief uitvallende kosten/baten afweging ('benefits to barriers') dan bij de gepercipieerde ernst en vatbaarheid.

Verlaging van de barrières, zowel door beïnvloeding van iemands sociale omgeving (relevante anderen) als door het stapsgewijze aanleren van nieuwe gedragingen zijn interventie- mogelijkheden op basis van de sociaal-psychologische modellen.

Minder uitgewerkt zijn de complexer, structurele interventies, maar ook hier speelt beïnvloeding van de opvattingen van (functionele) sleutelfiguren een belangrijke rol.

6. NAAR STRATEGIEËN VAN VOEDINGSVOORLICHTING

Dit hoofdstuk wil komen tot een systematische bundeling van overwegingen die spelen bij het ontwerpen van voorlichtingsstrategieën, gericht op het veranderen van voedingsgedrag. Bij de formulering van overwegingen denken wij met name aan diegenen die betrokken zijn bij beleidsbepaling t.a.v. de aanpak van gezondheids-/welzijnsproblemen (g.v.o.-consulenten e.a.).

In 6.1. vindt een begripsbepaling rond het woord strategie plaats. Vervolgens geven we enige barrières bij pogingen tot beïnvloeding van voedingsgedrag (6.2.). Dit doen we, uitgaande van de vooral door LEWIN c.s. uitgewerkte idee dat bij verandering van gedrag ook en vooral rekening moet worden gehouden met tegenkrachten.

In 6.3. volgt een korte weergave van huidige programma's tot beïnvloeding van voedingsgedrag, teneinde:

a. aan te geven welke soorten benaderingen in de praktijk (veel) voorkomen;
b. te illustreren dat en hoe voorlichting onderdeel is van programma's die ingrijpender veranderingsmethoden hanteren.

In 6.4. tenslotte geven we onze ideeën over strategieën van voedingsvoorlichting. We grijpen hierbij, met name bij de methodiek, terug op ideeën uit de consistentie- en leertheorieën, uiteengezet in hoofdstuk 2.

Wat betreft de opbouw is in verband met overeenkomsten met de praktijk gekozen te werken volgens de elementen van een voorlichtings-/veranderingsprogramma; achtereenvolgens komen aan de orde: informatieverzameling, bepaling van doelen en doelgroepen, van inhoud, van methodiek, de structuur van een voorlichtingsorganisatie of campagne en evaluatie.

Telkens zijn na een algemene beschouwing de overwegingen daaruit toegepast op één gegeven situatie, nl. de voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting. Met deze situatie is schrijfster door het in deel I beschreven onderzoek bekend (zie ook WESTMAAS-JES, 1975). Hierbij geldt wel dat sommige keuzen veronderstellenderwijs worden gemaakt, omdat in feite niet expliciet aan alle beschreven onderdelen van strategieën aandacht is of wordt besteed.

6.1. BEGRIPSBEPALING

Het woord strategie wordt zeer uiteenlopend gebruikt. Naar een indeling van SNELLEN (1975) zijn te onderscheiden: militaire, speltheoretische, en wetenschappelijke strategie. Voorts strategie in zeer algemene zin en ten vijfde de strategie van complexe organisaties.

Essentiële kenmerken van een militaire strategie zijn:

– het vooruitzien, en
– het zich bezighouden met de grote lijnen van uitvoering.

De doelformulering is geen onderdeel van een conventionele militaire strategiebepaling; dit is tevoren (politiek) bepaald.

Kennelijk gaat ROGERS (1973) van een dergelijke strategie-opvatting uit, wanneer hij stelt dat een goed omschreven strategie:

– een duidelijk gespecificeerd doel moet hebben;
– een bepaalde bundeling van middelen om het doel te bereiken, moet benutten;
– op een bepaalde tijdsperiode betrekking moet hebben.

VAN BEUGEN (1968) maakt er bezwaar tegen dat strategie vaak zo ruim wordt gedefinieerd dat het samenvalt met planning en stelt een scherpere afbakening voor door rekening te houden met het kenmerk dat 'geanticipeerd wordt op de responsies die de te ondernemen actie zal oproepen bij de andere partij'. Hij komt zo tot de volgende omschrijving van een strategie: 'een georganiseerd geheel van beïnvloedingstechnieken, tot stand gekomen op basis van alle relevante beschikbare informatie (onderworpen aan voorspelling en evaluatie) dat, onder toepassing van beslissingsregels, de optimale mogelijkheden voor het induceren van de gewenste veranderingen aangeeft tegenover alle geanticipeerde responsies van het cliëntsysteem en tegenover alle andere voorspelbare wijzigingen in relevante factoren'. In feite voegt hij hiermee een voor een speltheoretische strategie essentieel kenmerk toe, nl.:

– een zo volledig mogelijke calculatie van wat de tegenspeler(s), men zelf en/of de natuur zou kunnen doen (SNELLEN, 1975).

Naast de waarschijnlijkheid wordt ook de wenselijkheid van de effecten vastgesteld, waarbij bij speltheoretische strategieën rationaliteit en conservatisme (dat is het kleinste verliesrisico voor de kleinste winstkansen) als keuzecriteria gelden. Overigens zijn deze keuzecriteria binnen een strategie variabel en afhankelijk van mens- en maatschappijopvattingen. Nog veel sterker geldt dit voor de keuze van de soort strategie, die evenmin door louter technische criteria wordt bepaald. In bovengenoemde en de overige door SNELLEN (1975) onderscheiden visies op strategie is de doelbepaling onderdeel van de strategie, met andere woorden strategiebepaling komt naar voren als het kiezen van de te bereiken doelen en de grote lijnen van uitvoering (CROON, 1973: 13, SNELLEN, 1975).

Een verduidelijkende indeling van soorten strategieën is de volgende driedeling in:

a. Machtsstrategieën: hierbij proberen veranderaars de doelgroep tot ander gedrag te brengen door – economische, politieke of andere – sancties. De zo eventueel bereikte gedragsverandering berust op afgedwongen samenwerking of meegaandheid. De gebruikte machtsmiddelen kunnen zijn: autoriteit, dwang of bedreiging met dwang, of betaling.

In feite creëert de veranderaar nieuw gedrag door inperking van het aantal gedragsalternatieven. Voorwaarde voor succes is dat hij controle heeft en houdt over de middelen die het gedrag van de ander reguleren.

b. Persuasieve strategieën: hierbij probeert de veranderaar het gewenste gedrag bij de doelgroep tot stand te brengen door dit in verband te brengen met bij hen al levende opvattingen en waarden. De veranderaar probeert nieuw gedrag te creëren door te schetsen hoe dit gedrag voldoet aan bepaalde behoeften. De gehanteerde argumenten kunnen appeleren aan de rede (logisch-rationeel), gevoelens, waarden en normen.

c. Reëducatieve strategieën: hierbij probeert de veranderaar het gewenste gedrag bij de doelgroep te realiseren door deze zich nieuwe waarden en opvattingen, passend bij het gewenste gedrag, volledig eigen te doen maken. Dit kan gebeuren door veranderingen in opvattingen ('beliefs') en/of waarden ('values').

Terwijl bij de persuasieve strategieën de waarden zelf niet worden aangetast, maar wel geprobeerd wordt deze te koppelen aan bepaald gewenst gedrag, zijn bij de reëducatieve strategieën veranderingen in waarden een duidelijk onderdeel van de strategie. Vaak maakt een actieve samenwerking met de doelgroep(en) onderdeel uit van een reëducatieve strategie.

Deze inleiding geeft ideaaltypen weer, dat wil zeggen in programma's komen mengvormen en combinaties voor.[41]

In hoofdstuk 3. over de factoren die voedingsgedrag bepalen, is de veelheid en het complexe karakter van deze factoren duidelijk gebleken. Wil men erin slagen voedingsgedrag te veranderen, dan zal men van alle drie genoemde strategieën gebruik moeten maken, dan wel een bewuste keuze omtrent de te hanteren strategie moeten maken.

De keuze voor voorlichting als vorm van beïnvloeding betekent echter een duidelijke inperking, hoewel niet persé tot één der drie strategieën.

Ad a. Machtsstrategieën

Voorlichting maakt geen gebruik van sancties – bevelen, dwang of betaling – middelen die in machtsstrategieën gebruikelijk zijn. Wel kan voorlichting ertoe leiden dat anderen in hun poging veranderingen te realiseren, uitgaan van machtsstrategieën.

Ook kan voor het realiseren van bepaald nieuw gedrag een combinatie van dwang en voorlichting wenselijk zijn.

Ad b. Persuasieve strategieën

Voorlichting kan gebruik maken van logisch-rationele, gevoelsmatige en morele argumenten in haar pogingen mensen het gewenste voedingsgedrag anders, meer in overeenstemming met hun eigen opvattingen en waarden, te doen zien. We spreken van voorlichting en niet van persuasieve communicatie zonder meer als niet het belang van de zender maar dat van de ontvanger overweegt.

Ad c. Reëducatieve strategieën

Hoewel voorlichting idealiter streeft naar internalisatie, een begrip passend in een strategie van reëducatie, lijkt inperking tot deze strategieën als het gaat om (voedings- en gezondheids-) voorlichting, ongewenst. De reëducatieve strategieën

vereisen een intensieve vorm van gedragsmodificatie die in het algemeen slechts door ervaren begeleiders kan worden gerealiseerd. Dit houdt in individuele en in beperkte mate groepsbegeleiding, terwijl de mogelijkheden voor massale toepassing beperkt zijn. Aanvulling met persuasieve en machtsstrategieën is dan ook vereist, wil men althans een bijdrage leveren tot oplossing van bepaalde sociale en/of gezondheidsproblemen.

Samenvatting

Aan het begrip strategie hebben we als kernpunten onderscheiden: het kiezen van de doelen en de grote lijnen van uitvoering.

Als drie hoofdcategorieën van strategieën zijn genoemd: machtsstrategieën, persuasieve en reëducatieve strategieën. Bij de machtsstrategieën wordt bepaald gedrag afgedwongen via sancties, onder controle van en gereguleerd door de beïnvloedende persoon of instantie.
Bij de persuasieve strategieën wordt via logisch-rationele, gevoelsmatige of morele argumenten gestreefd naar bepaald gewenst gedrag bij anderen.
De reëducatieve strategieën werken via veranderingen van opvattingen en waarden, waarbij zij streven naar internalisatie.

Voorlichting kan in principe gebruik maken van alle 3 soorten strategieën, mits voldaan wordt aan de voor voorlichting gestelde criteria: planmatige communicatie, belang en welzijn van de cliënt(en) staan voorop. In de praktijk maakt voorlichting vooral gebruik van de bij de reëducatieve strategieën behorende beïnvloedingsmethoden; ook maar in mindere mate van persuasieve strategieën en vrijwel niet van de bij machtsstrategieën gebruikelijke methoden.

6.2. Barrières bij pogingen tot beïnvloeding van voedingsgedrag

Wanneer we hier expliciet aandacht vestigen op barrières bij pogingen tot beïnvloeding van voedingsgedrag houdt dit niet in, dat er slechts remmende factoren zouden zijn. Integendeel, menselijk gedrag in het algemeen is niet statisch en voortdurend treden spontaan, in wisselwerking met de omgeving, veranderingen in het gedrag op. Door op deze veranderingen in te spelen en ze te versterken als het om uit voedingsoogpunt gewenst gedrag gaat, benut een (voedings)voorlichter juist bevorderende omstandigheden. Van deze en andere bevorderende factoren gaan we in 6.3 en 6.4. uit.

Anderzijds biedt elk gedrag weerstand tegen verandering doordat de mens streeft naar een zekere stabiliteit en evenwicht. Bij dit evenwichtsstreven spelen voor wat betreft opnemen en verwerken van (nieuwe) informatie diverse selectieve processen een rol: selectief blootstellen aan, – waarnemen, – onthouden, – aanvaarden, – er met anderen over praten.

Deze belemmeringen voor het veranderen van elk gedrag gelden uiteraard ook wanneer men tracht voedingsgedrag te beïnvloeden. We besteden er wat uitgebreider aandacht aan omdat bekende barrières in te bouwen zijn in strategieën; geeft men zich bij voorbaat rekenschap van het bestaan en de aard van de barrières, dan zijn sommige in de doelstellingenbepaling, de methodiek of de

inhoud in te calculeren. Enkele suggesties hiertoe worden in het nu volgende opgenomen. We gaan hoofdzakelijk in op die barrières die voortkomen uit het feit dat het gaat om voedingsgedrag en de relatie met hart- en vaatziekten. Hierbij denken we niet alleen aan gedrag, leidend tot voeding van onjuiste samenstelling, maar ook aan overvoeding.

De eerste drie barrières die met name spelen bij het veranderen van te overdadig eetgedrag, ontlenen we aan HARRIS (1969).

1. Een wezenlijke eigenschap van voedingsgedrag is dat men er *nooit helemaal mee kan ophouden*. Met andere woorden, niemand kan zich aan stimuli voor eten volledig onttrekken.
2. Er is bovendien in onze huidige welvaartssituatie een *enorme verscheidenheid* aan stimuli voor eten.
3. Eten en in zekere mate ook overeten geeft een *onmiddellijke beloning*. terwijl men eventuele nadelige consequenties van onjuist en te veel eten — obesitas, vergrote kans op diverse aandoeningen — pas op langere termijn of in het geheel niet ervaart.

Een belangrijke implicatie voor de methodiek is de noodzaak tot ontwikkeling van zelfcontrole[42].

4. De inhoud van de voorlichtingsboodschap is gebaseerd op statistische relaties (BARIC, 1969). De *kans* op bijv. een hartinfarct wordt groter naarmate bij iemand meer risico-factoren in ernstiger mate voorkomen. De *individuele zekerheid* dat persoon A. door te stoppen met roken, zijn eetgewoonten dusdanig te veranderen dat serumcholesterol- en triglyceridengehalten op aanvaardbaar peil komen, z'n bloeddruk onder controle te houden en ook overigens ontspannen een zo gezond mogelijk leven te leiden, per se geen hartinfarct of beroerte zal krijgen, kan geen voorlichter. A. geven. Dit kansbegrip maakt ontkenning van de boodschap ook gemakkelijk. Er is altijd wel een opa of kennis op hoge leeftijd 'gewoon doodgegaan' als fervente roker, tevens genieter van zeer vetrijke maaltijden.

De implicaties liggen niet zozeer inhoudelijk, in het duidelijker maken van het begrip statistische kans, maar veeleer in het stellen van intermediaire doelen en in de methodiek. Niet een geringere kans op een hartinfarct levert iemand de motivatie tot gedragsverandering, maar bijv. de wil te bewijzen dat hij of zij wél in staat is te stoppen met roken, of de uitdaging te laten zien dat het serumcholesterol omlaag te brengen is. Bereiken van deze individueel vast te stellen, intermediaire doelen, levert de feedback, nodig voor continuering. De methodiek dient echter ook rekening te houden met (tijdelijk) niet bereiken van dergelijke doelen: opvang en begeleiding.

5. Een eveneens met de wetenschappelijke achtergrond van de voorlichtingsboodschap samenhangende barrière is het *gebrek aan eenduidigheid* in het

aangeven van de risico-factoren en het belang ervan. Controversies, tot uiting komend in tegenstrijdige artikelen maken het de meer geïnteresseerde leek moeilijk tot een standpuntbepaling te komen: 'hangt het nu wel samen met cholesterol in de voeding? Ik heb gelezen dat suiker veel belangrijker is' etc. Deze barrière maakt het de ontvangers zeer gemakkelijk te selecteren naar het hen momenteel het best uitkomende gedrag of denken.

De eerste implicatie 'streven naar zoveel mogelijk eenduidigheid in die informatie die de uiteindelijke cliënt bereikt' is duidelijk.

Een tweede is vergroten van de weerbaarheid van de ontvanger(s) door te wijzen op de aard van de bron en de mogelijke belangen die bepaalde zenders bij bepaalde standpunten hebben.

Oplosbaar is het probleem daarmee niet, omdat de eisen van wetenschappelijke voorzichtigheid en de door ontvangers gewenste concrete, eenduidige uitspraken in essentie strijdig zijn. Wellicht ligt hier een taak voor wetenschapsvoorlichters.

De nu volgende barrières (6 t/m 9) ontlenen we aan GRAHAM (1973). Deze noemt, gebaseerd op adoptie- en diffusieonderzoek een aantal kenmerken die de acceptatie van vernieuwingen beïnvloeden. [43]

Hij komt hierbij tot de conclusie dat innovaties op gezondheidsgebied op de meeste van de volgende punten moeilijk liggen.

6. Vorm, betekenis, aard van het gebruik en functie van de innovatie. Hoe *complexer* een in te voeren verandering op deze factoren, des te moeilijker is de invoering. Het is dan ook gezien de in hoofdstuk 3. naar voren gekomen complexiteit van voedingsgedrag begrijpelijk dat GRAHAM constateert: 'Thus dietary habits are supposedly difficult to change, although this can hardly be said for all dietary patterns.'
7. *Voegen* de voorgestelde gedragspatronen *iets toe of nemen ze iets af?* ('incremental versus decremental change'). GRAHAM veronderstelt dat veranderingen die iets toevoegen of vervangen minder weerstand oproepen dan veranderingen zonder vervanging. Bij veel van de huidige voorlichting — verkeer, milieu (energie), roken, voeding — wordt niet alleen gestreefd naar 'anders', maar vooral ook naar 'minder of niet'. Juist in verband met het te generaliseren belang van dergelijke 'versoberings' voorlichting nu en in de toekomst, komen we hierop terug bij bespreking van het huidige cultuurpatroon als barrière (punt 12).
   We veronderstellen dat veranderingen op meer weerstand zullen stuiten naarmate het type verandering gaat van links naar rechts in het volgende schema:

gedrag	gedrag	gedrag
aanleren	substitueren	afleren

Met andere woorden, een verandering die inhoudt dat gedrag moet worden aangeleerd, verloopt relatief gemakkelijker dan een verandering die afleren van gedrag betekent.

8. In hoeverre zijn de vernieuwingen *communiceerbaar?* Dit hangt mede af van de complexiteit (zie 6), de tijd nodig om eventuele veranderingen aan te kunnen tonen en de zichtbaarheid van de veranderingen voor anderen. Aan deze punten kunnen we voor voedingsgedrag weinig optimisme ontlenen: behalve dat de meeste echte veranderingen in voedingsgedrag vrij complex zijn ('minder vet gebruiken', is beslist geen enkelvoudige handeling) spelen ze zich voor een groot deel binnenshuis af en zijn de resultaten van veranderd gedrag niet of niet direct zichtbaar. Zichtbare gewichtsafname biedt dan nog iets meer perspectief dan een verlaagd serumcholesterolgehalte.

GRAHAM wijst ook nog op de mate waarin vernieuwingen eerst uit te proberen en reversibel zijn. Hierop onderscheidt het meeste voedingsgedrag zich gunstig van andere gezondheidsgedragingen als vaccinaties bijv., tenminste als andere vormen van feedback worden geaccepteerd dan het bereiken van de uiteindelijke doelen. Wil uitproberen nl. zin hebben, dan moet men over het resultaat ervan geïnformeerd worden ('feedback'); ook dit is niet altijd gemakkelijk, reden waarom wij dit punt als afzonderlijke barrière opnemen.

9. In 3 en 8 is de nu volgende barrière al aangeduid, nl. *het ontbreken van een duidelijke terugkoppeling* van het veranderde gedrag, ook voor de persoon zelf. Een normaal zich gezond voelend persoon is in het algemeen niet op de hoogte van z'n bloeddruk, serumcholesterolgehalte etc. Hij kan dan ook de invloed hierop van eventuele verbeteringen in z'n voedingsgedrag niet zelf nagaan.

De consequenties van de onder punt 6 t/m 9 genoemde barrières liggen op hetzelfde vlak als de eerdergenoemde, nl. probeer complex, gewenst gedrag in zoveel mogelijk enkelvoudige handelingen uiteen te leggen en stel deze enkelvoudige handeling op zichzelf tot intermediair doel. Dit levert nl. zowel een mogelijkheid tot feedback als inkorting van de tijdsperiode op. Wat betreft het toevoegende dan wel ontnemende karakter van de boodschap is van toepassing wat in 2.2.2. naar voren kwam, nl. dat een mens meer gemotiveerd wordt door datgene wat hij wél wil bereiken dan door wat hij wil vermijden. Dit houdt in dat in de meeste gevallen — uitgezonderd voor diegenen voor wie versobering op zichzelf een gedragsbepalende waarde is — de nadruk moet worden gelegd op het wél bereikbare en gewenste: goedkoper uit zijn; smakelijk eten; fit zijn; jezelf bewijzen; bijdragen aan de gezondheid van anderen, kinderen e.d.

Een belangrijke terugkoppeling die men kan verwachten op wat langere termijn is dat men zich bij een verantwoorde evenwichtige voeding, in combinatie met de nodige lichaamsbeweging, fitter gaat voelen dan voorheen. Nu lijkt fitheid in het algemeen niet van een motiverende prioriteit te zijn; koppeling aan wel gewaardeerde eigen doelen is dus vereist.

10. *Hoeveel beslissingen* vereist het nieuwe gedrag? Ophouden met roken of het veranderen van eetgewoonten vereist meer beslissingen dan een stem uitbrengen voor of tegen fluoridering, het één keer per jaar deelnemen aan

een bevolkingsonderzoek, of het twee keer per jaar naar de tandarts gaan. Men kan veronderstellen dat veranderingen waarvoor slechts één of enkele beslissingen nodig zijn, gemakkelijker worden gerealiseerd en volgehouden dan veranderingen die men als het ware telkens opnieuw moet doorvoeren.

Dit is dan ook de reden dat men bij het veranderen van voedingsgedrag, streeft naar het tot gewoonte maken van het nieuwe gedrag. Een gewoontehandeling bespaart iemand de mentale energie van het zoeken, opnemen en afwegen van informatie en het mede op grond daarvan tot een keuze komen.

11. Het *gewoontekarakter* van veel voedingsgedrag is echter tegelijk als een belangrijke barrière voor verandering te zien.

Een (voedings)voorlichter zal dan ook proberen gewoontegedrag te brengen op het niveau van bewuste keuzen. Pas dan is een persoon in staat tot heroverweging van eerder gemaakte keuzen. Desgewenst voegt de voorlichter meer keuzemogelijkheden toe.

In een artikel over het veranderen van rookgedrag noemen HORN & WAINGROW (1966) de volgende aspecten van iemands geneigdheid zijn gedrag te veranderen en het veranderde gedrag vol te houden:

- de aard van de sociale krachten, inclusief de wetgevende of andere activiteiten van gezondheids- en andere instanties:
- de aard van interpersoonlijke invloeden;
- de trend van boodschappen via de massamedia;
- het gedrag en de houding van sleutelgroeperingen, bijv. gezondheidswerkers;
- het algemeen niveau van acceptabelheid van het gedrag.

Wij bundelen deze invloeden die zonder meer ook gelden voor voedingsgedrag en die te zien zijn als een belangrijke barrière voor het veranderen van voedingsgedrag in een meer sobere richting onder één noemer, nl.

12. *de kloof tussen het huidige cultuurpatroon en dit meer sobere voedings-/leefgedrag.*

Kenschetsing van het huidige cultuur- en waardenpatroon is als volgt mogelijk:

a. grote nadruk op individualiteit en werken voor eigen voordeel;
b. groot geloof in de mogelijkheden van wetenschap en techniek;
c. grote waarde aan economische expansie;
d. streven naar comfort, status, luxe (in een geest van competitie);
e. streven naar arbeidsbesparende maatregelen, zowel in thuis- als in werksituatie. [44]

Deze normen- en waardenpatronen zijn veelal niet bevorderlijk voor optimaal leef-, resp. voedingsgedrag.

Ad.a. Een eenzijdig benadrukken van het begrip individuele vrijheid laat geen ruimte voor de belangen van grotere groepen en de gemeenschap als totaal. 'Als men door een bepaald (voedings)gedrag zijn gezondheid schaadt, schaadt men daardoor tot op zekere hoogte de belangen van de gemeenschap' (DE HAES et al., 1976).

Ad. b. Een te groot vertrouwen in technische 'oplossingen' van allerlei gezondheidsproblemen verlegt de verantwoordelijkheid van een persoon zelf naar de (medische) buitenwereld: hartoperaties bijv. De voor optimaal voedingsgedrag noodzakelijke zelfverantwoordelijkheid dreigt op de achtergrond te geraken.

Ad c. en d. Het algemene streven naar 'steeds meer = steeds beter' strekt zich ook over de consumptie uit. Voor voedingsgedrag houdt dit niet alleen in méér qua hoeveelheid, maar vooral ook meer verfijnd en geraffineerd, luxer, duurder (DE WIJN, 1968).

Het in gang zetten of versterken van een tegenovergestelde tendens wordt sterk bemoeilijkt doordat deze waarden en normen zo algemeen en daardoor vaak onbewust zijn.

Ad e. Ook het doorbreken van de algemeen als gewoon aanvaarde sedentaire leefwijze, gevolg van waarden en mogelijkheden, vereist een verandering in deze waarden: groter belang aan lichamelijke conditie, minder aan gemak.

Uiteraard weerspiegelt zich het cultuurpatroon in de door HORN & WAINGROW (1966) genoemde factoren: sociale krachten, interpersoonlijke contacten, de massamedia, gedrag en houding van sleutelgroeperingen en het algemeen acceptabel zijn van bepaald gedrag. Zolang niet meedoen aan genoemde trends tot meer, luxer en verfijnder consumeren als afwijkend gedrag wordt beschouwd, zullen de tegenkrachten sterk zijn.

De implicaties van dit veelomvattende net van barrières gelden vooral op de lange termijn. Voorlichting kan een bijdrage leveren aan geleidelijke normverschuivingen, enerzijds door stimulering van individuen en groepen die al in de gewenste richting gaan, anderzijds door ondersteuning via de massamedia en beïnvloeding van beleidsbepalers (vergelijk de ontwikkelingen de laatste 10 jaar in de houdingen tegenover wel of niet roken).

13. Een barrière voor succesvolle beïnvloeding van voedingsgedrag is dat tot nu toe de methodiek van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gebaseerd is op een *rationeel denkmodel*; op het vaststellen van aard en ernst van een gezondheidsprobleem volgens technische criteria (sterftecijfers); op het nagaan via welke communicatiekanalen we doelgroepen kunnen bereiken.
    Aan de andere kant, bij het verwerven van gewoonten en mentaliteit die risicovol gedrag in de hand werken, spelen processen als socialisatie, identificatie met bepaalde referentiegroepen e.d. Deze processen zijn een onderdeel van en vormen iemands persoonlijkheid; ze zijn niet door louter rationeel benaderen te veranderen (BARIC, 1973).

In 6.1. bij de algemene inleiding op het strategiebegrip is al gesteld dat voorlichting zich per se niet hoeft te beperken tot de logisch-rationele benadering.

14. Een laatste te noemen barrière ligt in het gegeven dat voedingsgedrag verweven is in de gehele samenleving en niet alleen via gezondheidsdraden. Bij pogingen tot beïnvloeding stoot men op volledig *strijdige belangen:* aansporingen tot het gebruik van halfvolle zuivelprodukten als (kleine) bijdrage tot reductie van het vetgebruik zijn niet bevorderlijk voor het doen verdwijnen van de langzamerhand beruchte boterberg. Ook op individueel niveau ligt conflict voor het oprapen: het feit dat de boeren op vet (en eiwit) worden uitbetaald, deed een boerin op een voorlichtingsavond opmerken: 'als het echt voor de gezondheid beter zou zijn, minder vet te gebruiken, dan zouden ze ons wel enkel op eiwit uitbetalen'. Pogingen tot aanzienlijke produktiebeperking van het aantal suikerhoudende snoepwaren is momenteel economisch al even weinig haalbaar als het sluiten van sigarettenfabrieken.

Ook hier liggen de implicaties vooral op het lange termijn beleid van een (gezondheids)voorlichtingsstrategie. Een dergelijke strategie dient erop gericht te zijn, mede door algemene normverschuivingen zoals onder punt 12 genoemd, dat beleidsbepalende instanties/personen gezondheidsoverwegingen in veel belangrijker mate laten meespelen bij het nemen van de volksgezondheid rakende besluiten. Deze besluiten bepalen in grote mate de condities voor individueel gezond gedrag, reden waarom aan zowel korte als lange termijn doeleinden in voorlichtingsstrategieën aandacht dient te worden besteed (vergelijk 4.3.).

De veertien genoemde barrières liggen op zeer verschillende niveaus, wat inhoudt dat ook de mogelijkheden om ze aan te pakken — via voorlichting — zeer verschillend van aard zijn. Waar mogelijk hebben we de implicaties voor voorlichting aangegeven in de met een verticale lijn gemerkte tekst.

6.3. Huidige vormen van voedingsvoorlichting en hun effect

6.3.1. *Inleiding*

De indeling van dit hoofdstuk is gebaseerd op het bestaan van twee visies op de oorzaken van vele (gezondheids)problemen die men, onder andere door voorlichting, probeert op te lossen.

We doelen op het onderscheid dat Rogers (1975) maakt in zg. 'person-blame' en 'system-'blame' benaderingen. In het eerste geval zoekt men de oorzaak van problemen bij het individu: in het tweede geval gaat men er van uit dat (sociale) structuren veranderd moeten worden, wil het probleem tot oplossing worden gebracht. Hoe men denkt over de oorzaak van een probleem, bepaalt in sterke mate welke mogelijkheden tot oplossingen men zelfs maar overweegt. [45]

Bij een 'person-blame' benadering ziet men als doel kennisvergroting, individuele mentaliteits- en gedragsverandering en men hanteert op die persoon en zijn persoonlijk functioneren gerichte methoden. Echter, ook bij een 'person-blame' benadering kan sprake zijn van meer structurele maatregelen, bijv. van invoering van een g.v.o.-curriculum op scholen, gericht op optimalere kennis, houding en gedrag van leerlingen. [46]

Bij een 'system-blame' benadering denkt men als doel vooral aan beïnvloeding van de omgeving (mesosysteem), het systeem van de gezondheidszorg zelf of aan structurele veranderingen in de maatschappij (macro-systeem) (DE HAES et al., 1976). Ook hier is het gebruik van persoonsgerichte methoden echter niet uitgesloten. Als onderdeel van een structuurgerichte benadering kan goed van twee- en groepsgesprekken (= persoonsgerichte methoden) gebruik worden gemaakt. In deze gesprekken spreekt de voorlichter de ander(en) dan aan op hun functioneren als beleidsbepaler, producent o.i.d. Met andere woorden, zowel bij een 'person-blame' als bij een 'system-blame' benadering kunnen we onderscheiden:

- een doelencontinuüm van individuele kennis-, houdings- en gedragsverandering naar het beïnvloeden van condities;
- een methodencontinuüm, gaande van persoonsgerichte naar structuurgerichte methoden.

Globaal in schema uitgezet levert dit fig. 14 op.

	doelen:	veranderen k.h.g.	beïnvloeden condities
	methoden:	persoonsgericht	structuurgericht
visie op oorzaak probleem	'person-blame'	A	B
	'system-blame'	C	D

FIG. 14. Combinaties van probleemoorzaken, doelen en methoden.

Het merendeel der voorlichtingsactiviteiten strekt zich uit over A en D; doelen van individuele veranderingen via persoonsgerichte methoden te bereiken bij een 'person-blame'-benadering en meer op structuurveranderingen gerichte doelen en methoden bij een 'system-blame'-benadering. Daarnaast komen, zoals hiervoor uiteengezet is ook, maar in mindere mate activiteiten als bedoeld onder B en C voor: structuurgerichte doelen en methoden bij een 'person-blame'-benadering en persoonsgerichte methoden bij een 'system-blame'-benadering.

In 6.3.2. geven we eerst enkele voedingsbeïnvloedingsactiviteiten weer, die (kennelijk) uitgaan van een 'person-blame'-benadering.

In 6.3.3. proberen we eenzelfde inventarisatie te maken voor activiteiten met oog voor de noodzaak van structurele veranderingen en in 6.3.4. tenslotte volgt een aantal programma's waarin elementen van beide zijn geïntegreerd.

6.3.2. *Voedingsbeïnvloeding, persoonsgerichte benaderingen*

6.3.2.1. Algemeen

Het aantal beschreven programma's is vrij talrijk, zodat we de voorkeur geven aan signalering van algemene lijnen boven enige poging tot inventarisatie. Hierbij werken we langs het schema: doelen en doelgroepen, inhoud, methodiek en structuur. [47]

a. Doelen en doelgroepen

Gaan we uit van de gepresenteerde algemene indeling van voorlichtingsdoeleinden naar helpen enerzijds en het beïnvloeden van condities anderzijds (4.3.), dan blijken de – persoonsgerichte – benaderingen het accent sterk te hebben op de helpende doelen. Daarbij een onderverdeling te maken naar doeleinden op:

– cognitief, rationeel niveau;
– motivatieniveau;
– actie- of gedragsniveau.

Sommige auteurs geven zeer expliciet blijk van vertrouwen in een opeenvolging van deze drie niveaus, zoals SIPPLE (1971) die als eerste probleem voor voedingsvoorlichting stelt: 'how to present nutrition *information* in a form or a manner that will *motivate* people to *adopt* food habits that will enable them to achieve adequate nutrition'? Anderen stellen motivatie of interesse als voorwaarde voor informatieopname (vergelijk 2.2.2.).
Naast interesse voor bepaalde onderwerpen is bovendien de houding tegenover informatie opnemen of leren in het algemeen van belang: gebrek aan zelfvertrouwen kan hier remmend zijn (WAGNER, 1964). Ook voor het succesvol bereiken van gedragsdoelen is een zekere mate van zelfvertrouwen nodig (BERMAN, 1975). Bij de beschrijving van de invloed van cognitieve en motivationele factoren op voedingsgedrag (3.5.) is naar voren gekomen dat de suggestie van een opeenvolging in de tijd: kennisverandering→houdingsverandering →gedragsverandering, ons niet te handhaven lijkt.

Dit houdt in dat, wil een voorlichter veranderingen realiseren op gedragsniveau, hij deze ook uitdrukkelijk als zodanig in de doelen moet opnemen en ze niet moet verwachten als afgeleide van doelen op kennis- en/of houdingsniveau.

Opmerkelijk is dat generalisatie en stabilisatie van eenmaal gerealiseerde doelen, op welk niveau dan ook, zelden expliciet in de doelen worden opgenomen. Het zou wenselijk zijn wanneer dit meer gebeurt, omdat deze fase implicaties heeft voor de keuze van de doelgroepen, de methodiek en eventueel de inhoud.

De *doelgroepen* zijn globaal te onderscheiden naar uiteindelijke en intermediaire, beide in de – persoonsgerichte – benaderingen veelvuldig voorkomend. Bij voorlichting, gericht op de preventie van hart- en vaatziekten is bovendien onderscheid te maken naar doelgroepen van:

– patiënten, al dan niet met hun gezinsleden (PYE, 1970; VARGAS, 1971; VAVRA et al., 1966);
– risicogroepen (MRFIT, 1974; LEVENTHAL, 1973);
– gezonden.

Over de vraag op welke doelgroepen van gezonden voedingsvoorlichting zich dient te richten, zijn de meningen verdeeld; gekozen is voor:
– a.s. ouders en ouders van jonge kinderen, vaak alleen de moeders (BARIC, 1973; LEVENTHAL, 1973; LEWIN, 1958; RADKE & KLISURICH, in LEWIN, 1958; WALBEK, 1973; ZIMMERMAN & MUNRO, 1972).
– de kinderen zelf (CARRUTH & FOREE, 1971; BAKER, 1972; HOLLINGWORTH & MORSE, 1975; RADKE & CASO, 1948).
– kleuterleidsters en onderwijzers/-essen als degenen die op de zg. secundaire socialisatie een grote invloed uitoefenen (BARIC, 1973).
– huisvrouwen, op basis van hun positie in de voedselvoorziening én door hun bereikbaarheid (GASSIE & JONES, 1973; LEWIN, 1943, 1958; VERMA & JONES, 1972; WANG et al., 1975; WESTMAAS-JES, 1975).

Veel minder vaak is er aandacht voor:
– de gezonde bejaarde (HOWELL & LOEB, 1969).

Niet zelden wordt het gebrek aan ondersteuning vanuit de (para)medische professie als barrière voor veranderingen in voedingsgedrag geconstateerd (zie o.a. Cardiovascular, 1973). In geïntegreerde programma's worden zij soms expliciet als doelgroep opgenomen (zie onder 6.3.4.).

Wat betreft de publieksvoorlichting zouden we aan het belang van gewoontevorming op zo jong mogelijke leeftijd een primair keuzecriterium willen ontlenen, nl. diegenen die in voedingsgedrag contact hebben met jonge, opgroeiende kinderen. Dit nog ruime criterium kan per situatie worden geconcretiseerd.

Daarnaast dienen in verband met de noodzaak van een meer structurele benadering van de problematiek rond voedingsgedrag doelgroepen van beleidsbepalers een zeer hoge prioriteit te hebben.

b. Inhoud

De inhoud van de meeste programma's is sterk gericht op kennisoverdracht, ondanks het feit dat de probleemdefiniëring vaak in gedragstermen plaatsvindt en ook de doelstellingen dan als gedragsverandering worden geformuleerd. Wel evolueert de kennisoverdrachtssituatie van een strikt hiërarchische naar een meer egalitaire: in 1960 vergeleken KNUTSON & NEWTON de relatie diëtiste–cliënt nog met een docent – leerling relatie en in 1964 gaf WAGNER suggesties voor diëtistes 'who teach adults'. Onze indruk is dat tegenwoordig meer open overlegsituaties mogelijk zijn.

In vrijwel alle gevallen is de voorlichtingsboodschap geformuleerd rond enige indeling van voedingsmiddelen in categorieën: de schijf van vier, vijf of zeven. Een eenzijdig aandacht besteden aan dergelijke indelingen, zonder dat hier zodanig mee wordt gewerkt dat cliënten ze in hun eigen situatie kunnen toepassen, leidt in het algemeen niet tot veranderingen in voedingsgedrag.

Dit inzicht bracht in veel programma's een toenemende aandacht voor motivering van cliënten. Opvallend is dat hierbij vooral via de methodiek en nauwelijks via de inhoud wordt gewerkt. Zijn aan de inhoud van de voorlichting

geen motiverende stimuli te ontlenen, bijv. plezierige associaties bij produkten, een lekkere smaak?

c. Methodiek

Onder methodiek willen we verstaan de methoden, media en middelen, zowel als de wijze waarop deze worden gehanteerd. Over de wijze van hantering is via literatuur vrijwel niets te vinden. We bekeken de huidige – persoonsgerichte – programma's vooral op de gebruikte methoden en media.

Massamedia. Het gebruik van massamedia voor voedingsvoorlichtingsprogramma's is een verschijnsel dat zich nationaal en internationaal de laatste jaren geleidelijk ontwikkelt.

Op het 9de internationale voedingscongres in Mexico in 1972 verweet MANOFF de aanwezige voedingsvoorlichters/-sters zich alleen bezig te houden met wat hij noemde de traditionele methoden en middelen als groeps- en individuele voorlichting met behulp van flapover, flanelbord, dia's, poppentheaters, boekjes etc., terwijl de radio en t.v. aan de commercie werden overgelaten. MANOFF zag grote mogelijkheden in het gebruik van massamedia voor voedingsvoorlichting als onderdeel van educatieve programma's én als herhaalde reclamespots. Vooral het algemene bereik ('ieder weet ervan') vergroot, mits goed opgezet en uitgevoerd, de effectiviteit van andere middelen in een campagne (MANOFF, 1973, 1974). Een uitwerking van deze ideeën is te vinden in twee campagnes op nationale schaal, in de Filippijnen en in Nicaragua. De voorlopige resultaten bevestigen het enorme belang van het verkrijgen van daadwerkelijke samenwerking met locale autoriteiten en van het formuleren van de boodschap in de taal van de doelgroep, uittesten van associaties bij gebruikte begrippen en informatiebronnen, en van de realiseerbaarheid van het aanbevolen gedrag[48](MANOFF, 1976).

In Nederland kennen we enkele voedingsvoorlichtingsfilms die via t.v. zijn vertoond. Onderzoek onder degenen die reageerden naar aanleiding van de t.v.-films levert als verwacht een beeld van meer dan gemiddeld in voeding (en hart- en vaatziekten) geïnteresseerden. In het (reagerende!) t.v.-publiek zijn de lagere sociale klassen met 44% goed vertegenwoordigd, hoewel minder dan op tentoonstellingen, eveneens een voor voedingsvoorlichting gebruikt massamedium (KLINKERT, 1973).

Meer recent is de voorlichtingsfilm 'Je moet het zelf maar (w)eten' als voorfilm in diverse bioscopen vertoond (Evaluatie, 1976). Het bioscooppublieк vormt evenmin een doorsnee van de Nederlandse bevolking; met name de categorie van 30 jaar en ouder blijkt ondervertegenwoordigd. Van de bezoekers zegt 90% het nuttig te vinden dat een dergelijke film in de bioscoop wordt vertoond. Dat men er ook iets van opsteekt, blijkt o.a. uit een significant grotere bekendheid met de 'schijf van vijf' en het juist weergeven van de bedoeling van de film 'dat mensen ongezond eten, verkeerde voedingsgewoonten hebben, wat gezond eten is'. Echter, bij vragen die op fundamentelere kennis en houding ingaan, bijv. de meningen over wat gezond eten is of het rangschikken van voedingstoffen naar belangrijkheid zijn geen verschillen tussen bezoekers- en controlegroep merkbaar.[49]

Ook hier stoten we weer op het gebrek aan instrumenten om te meten wat massamedia, i.c. een film bijdragen aan een algemenere verandering in opvattingen rond voeding en gezondheid.

Groepsmethoden. Een veel grotere plaats dan het werken via massamedia neemt het werken via groepen in. Uitgaande van het idee dat elk individu voor zijn gedrag steun van de sociale omgeving nodig heeft, stelde LEWIN al in 1943 dat dan verandering in gedrag kon worden bereikt óf door verlaging van de waarde die een groep(snorm) voor iemand had óf door de groepsnormen zelf te veranderen. LEWIN werkte aan het tweede alternatief omdat het eerste een persoon sociaal zou isoleren.

Na hem is de groepsbenadering voor veranderingen in voedingsgedrag door velen toegepast (o.a. RACHMAN, 1970; RADKE & KLISURICH, PELZ in MACCOBY et al., 1958; VERMA & JONES, 1973; WALBEK, 1973; ZIMMERMAN & MUNRO, 1972).

Een persoon ontleent aan een groep des te eerder stimulansen tot verandering in voedingsgedrag als deze groep betekenis heeft in dat voedingsgedrag, bijv. bij schoollunches (RADKE & CASO, 1948) of in gezinsverband (HOLLINGWORTH & MORSE, 1975). De groep kan bovendien fungeren als middel tot het kweken van zelfrespect, soms de barrière voor verandering (VERMA & JONES, 1973; ZIMMERMAN & MUNRO, 1972).

Individuele methoden. Ook bij een strikt individuele benadering kan de voorlichter op verschillende manieren proberen de cliënten te motiveren.

In een programma met vrijwilligers, gericht op verlaging van hun serumcholesterolgehalte gebruikte REMMEL (1969) het resultaat van het onderzoek zelf als motivatieobject; elke deelnemer kreeg elke zes weken zijn cholesterolgehalte te horen. Een gedragsverandering is hiermee, zoals eerder betoogd, niet gegarandeerd; gepoogd wordt de stap hiertoe via andere methodische handgrepen te vergemakkelijken.

Een voorbeeld is het geven van zo specifiek mogelijke instructies, gebaseerd op een nauwkeurige ontleding van het gewenste gedrag (VARGAS, 1971, met als voorbeeld hypertensiepatiënten).

Soms is zelfs sprake van geprogrammeerde instructie, niet alleen bij patiënten (PYE, 1971), maar ook bij de leerlingen in klasverband (CARRUTH & FOREE, 1971). De resultaten zijn verdeeld, maar in het algemeen bij patiënten goed (VARGAS, 1971; VAVRA et al., 1966). Daarentegen vond WALBEK (1973) geen gedragsverandering bij specifieke instructies vergeleken met meer algemene voedingsgedragsregels. Een verklaring moet waarschijnlijk gezocht worden in de aard van de bereikte groep: de door WALBEK onderzochte populatie bestond uit moeders van vaak ondervoede kinderen die zelfs basisbegrippen rond voeding en hygiëne misten.

Met name in de V.S. is veel voedingsvoorlichting op deze ondergeprivilegieerden gericht. Op basis van nationale richtlijnen kan elke staat een zg. 'expanded food and nutrition extension program' (EFNEP) opzetten, hetgeen in vele staten gebeurt. Een kenmerkende methodiek is het gebruik maken van zg. 'aides'. Deze

vrijwilligsters die een redelijke mate van overeenkomst ('homophily') vertonen met de doelgroep houden zich na enige training bezig met huisbezoek en het arrangeren van groepsbijeenkomsten (VERMA & JONES, 1973; WANG et al., 1975).

Essentieel is dat hier met betrekking tot kennisoverdracht probleemoplossend wordt gewerkt, een wijze van werken die opname, verwerking en toepassing van informatie bevordert (POOLTON, 1972).

Ook aan andere voorwaarden voor optimale verwerking en toepassing probeert men te voldoen: voordoen en daarna door de huisvrouw zelf laten uitvoeren; hulp bij boodschappen doen en koken; positieve beloning bij gunstig resultaat; stimuleren het opnieuw te proberen bij falen; herhalingsleren in poging tot gewoontevorming te komen; mogelijkheid tot frequent raadplegen etc. Het lijkt echter toch vooral te gaan om kennis en vaardigheden. Een kritiek is dan ook de afnemende meeropbrengst na één jaar huisbezoeken (WANG et al, 1975).

Als effecten zijn hierbij veranderingen in kennis met betrekking tot de voeding en in consumptiepatronen nagegaan. De critici stellen dat na één jaar de bezochte huisvrouwen wel optimistischer zijn geworden, maar dat de voorlichtster in het algemeen er niet in slaagt te stimuleren dat ze hun eigen capaciteiten verder gebruiken. Zij achten voortzetting na één jaar dan ook slechts verantwoord wanneer het programma in ruimer verband van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wordt geplaatst en de voorlichtsters meer training op dit gebied krijgen.

Hun suggestie voor een meer geïntegreerde benadering past in de eerder door ons onderschreven visie dat mensen zoveel mogelijk in hun totaal-functioneren moeten worden benaderd. Ook meeromvattender gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is dan weer onderdeel van algemener welzijnsbeleid.

d. Structuur

Het is opmerkelijk hoe weinig aandacht gegeven wordt aan de invloed die uitgaat van de structuur van een voorlichtingsorganisatie op opzet en uitvoering van die voorlichting. Opmerkelijk omdat de meeste voedings- en gezondheidsvoorlichtingsprogramma's plaatsvinden binnen en vanuit de structuur van de gezondheidszorg. Nu wordt juist dit systeem zelf niet zelden als een belangrijke barrière voor het succes van dergelijke programma's gezien (BARIC, 1973).

In de door ons bestudeerde programma's werd echter nergens hierop ingegaan. Het is zeer goed mogelijk dat we dit zelf in de hand hebben gewerkt door ons voor deze paragraaf te beperken tot de 'person-blame' benadering. Bij een dergelijk uitgangspunt is het oog meer gericht op de potentiële doelgroep(en) en hun kenmerken dan op de structuur van de organisatie(s). Toch worden door die structuur bepaalde grenzen aan de voorlichting gesteld. Het maakt verschil of de voorlichting wordt gegeven op grond van een eenmalig of herhaald screeningsonderzoek (MRFIT, in Nederland de CB- en COPIH-projecten), dan wel als (onderdeel van) een speciale campagne. Deze laatste kan dan nog werken via speciaal opgerichte comitées of via de bestaande gezondheidswerkers (VAVRA et al., 1966; ZIMMERMAN & MUNRO, 1972). Het maakt eveneens

verschil of de voorlichting wordt gegeven vanuit een rond één gezondheidsthema gegroeide organisatie – het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, het Ivoren Kruis, de Hartstichting –, vanuit een volledig medische organisatie als bijv. een ziekenhuis (VARGAS, 1971) of vanuit andere instellingen: scholen (BOSCH, 1975; BAKER, 1972), crèches (SIPPLE, 1971), instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg (SWAAK, 1973).

Systematische vergelijkingen tussen organisaties met een verschillende structuur naar werkwijze en effecten zou waardevolle gegevens opleveren voor de opzet van programma's en de condities die er qua structuur voor nodig zijn.

Na dit algemener overzicht van 'person-blame'-benaderingen bij pogingen voedingsgedrag te veranderen, gaan we nu afzonderlijk in op een terrein waarop vrijwel uitsluitend gebruik wordt gemaakt van persoonsgerichte benaderingen, nl. op de behandeling van obesitas.

Bij de preventie van hart- en vaatziekten speelt het voorkómen respectievelijk bestrijden van obesitas een belangrijke rol.
Weliswaar is het strikt op zichzelf beschouwd, een van de minst tot het risico bijdragende factoren, maar gezien het veelvuldig samengaan met andere factoren besteedt men er in de voorlichting aandacht aan (KANNEL & GORDON, 1975), Wellicht speelt hier ook de zichtbaarheid, voor zichzelf én anderen, van obesitas mee.

6.3.2.2. Obesitas-behandeling

Om overlapping met 6.3.2.1. te vermijden, gaan we vooral in op de methodiek; deze is bij obesitas-behandeling goed uitgewerkt. Aan de formulering van doelen besteden we zeer beknopt aandacht.

In Nederland zowel als elders in de westerse wereld doet twijfel aan het lange-termijneffect van de traditionele benadering via tweegesprekken, in combinatie met de steeds grotere toeloop van obesitaspatiënten de professionele hulpverleners/voorlichters (diëtistes) zoeken naar alternatieven. De resultaten van een experiment met groepsbegeleiding van vetzuchtigen onder leiding van een lekenleidster geven naast zeer uiteenlopende ervaringen aanleiding tot de volgende vragen en opmerkingen: 'wat wil je met de begeleiding bereiken: gewichtsbeheersing, gewichtsvermindering of acceptatie van het overgewicht? Streef je naar louter (?!) verandering in eetgewoonten of wil je de mensen laten ontdekken waarom deze gewoonten zijn zoals ze zijn, met andere woorden op de achtergronden van hun eetgedrag ingaan?' (RAPPORT, 1973).

Dus hoewel men van een individuele benadering overgaat op een groepsbenadering, blijft het aangrijpingspunt de persoon. Daardoor stuit men onmiddellijk op vragen óf en in hoeverre men moet (en kan) ingaan op het voedingsgedrag mede bepalende factoren. Vele gedragstherapeuten doen dit wel en besteden aandacht aan bijv. vervangende activiteiten, verveling, adequate reacties op eenzaamheid.

Het aantal methoden en middelen is groot; varianten en combinaties maken het scala van mogelijkheden nog uitgebreider. ABRAHAMSON (1973) komt na bestudering van veertig studies met betrekking tot gewichtsbeheersing tot een

vijfdeling. Hij onderscheidt programma's gebaseerd op:
a. 'aversive conditioning;
b. covert sensitization;
c. coverant conditioning;
d. therapist controlled reinforcement;
e. self-control'.

a. Aversieve conditionering

Hierbij probeert de hulpgever het ongewenste gedrag af te leren door koppeling van dit gedrag, i.c. het overeten, aan nare ervaringen, bijv. elektrische schokken of misselijk makende geuren (HARRIS, 1969; HARRIS & HALLBAUER, 1973). Over de effectiviteit van deze voor de cliënt onprettige benadering stellen FOREYT & KENNEDY: '. . . combined with other procedures it may help the patient lose weight more easily' (in KANFER & PHILLIPS, 1970: 123).

b. Coverte sensitizatie

Ook hier is het streven van de therapeut door aversieve stimuli het (teveel) eten van bepaalde voedingsmiddelen te ontwennen. CAUTELA, grondlegger van deze methode, liet z'n cliënten zich voorstellen dat zij een zeer gewenst voedingsmiddel bijna aten en riep hen dan beelden voor ogen als misselijkheid braakneigingen etc. (in ABRAHAMSON, 1973). Ook dit is dus een vorm van aversieve conditionering die echter niet de apparatuur en middelen van de klassieke aversieve therapie vereist. Ze is ook door cliënten zelf aan te leren, echter niet voor lang. Voor het afleren van het eten van zeer specifieke produkten is dit eventueel een bruikbare techniek, al vragen FOREYT & HAGEN (1973) zich af of de werking wellicht berust op suggestie. Zij vonden nl. noch na 9 weken (therapie) noch na 18 weken (follow-up) enig verschil in gewichtsverlies tussen de volgens coverte sensitizatie behandelde groep en een placebo-groep. Voor het veranderen van algemenere onjuiste eetpatronen lijkt de therapie niet bruikbaar.

c. Coverte operante (coverante) conditionering

Dit is een vorm van operante conditionering, gericht op de vorming van gewenste gedragspatronen. De therapeut roept hierbij positieve of negatieve beelden op (plezier goed geproportioneerd te zijn, respectievelijk zichzelf in badpak) en koppelt deze consequent aan bepaald eetgedrag. Hoewel over deze benadering nog weinig experimentele resultaten bekend zijn, vermelden HORAN et al (1975) dat het gebruik van positieve beelden effectiever is, vooral in combinatie met groepscounseling. Omdat de therapie continue begeleiding vereist, is het als lange termijn benadering niet zeer geschikt.

d. Door therapeut beheerste versterking

Ook deze methode hanteert de principes van operante conditionering, dus de versterking van gewenst en de destimulering van ongewenst gedrag. Ze wordt vaak gebruikt in combinatie met de erop volgende methode van zelfcontrole en is hiermee vergeleken op de lange duur minder effectief (JEFFREY, 1974). Wel

constateert hij na afloop van de therapie (7 weken) een even groot gewichtsverlies als bij de zelfcontrolegroep maar 6 weken later had de door de therapeut versterkte groep dit niet behouden.

Toch pleiten HALL & HALL (1974) voor een combinatie van reinforcement door zowel de therapeut als door de persoon zelf, omdat de aanvankelijke snellere gewichtsafname bij beloning door de therapeut stimulerend werkt. De voorwaarden voor reinforcement en de manier waarop de therapeut beloont, kunnen zeer uiteenlopen. Voorwaarde kan zijn veranderd gedrag of gewichtsverlies. Het belonen kan impliciet gebeuren (goedkeuring), via verstrekking van inwisselbare fiches (tokens) of zeer expliciet worden gekoppeld aan naleving van een contract. Dit contract legt aan het begin van een programma vast wát beloond wordt – vaak gewichtsverlies –, bij hoeveel de beloning gegeven wordt en waaruit deze bestaat. Vaak is dit een (gedeeltelijke) teruggave van een eerder gestort bedrag. Het contract is vaak samen met andere technieken opgenomen, zodat de bijdrage aan het eventuele effect niet is na te gaán (HARRIS & HALLBAUER, 1973). Bij een poging hiertoe door alleen op de contractvariabele te variëren, bleek de contractgroep twee keer zoveel gewicht te verliezen dan de groep met dieet, oefeningen en training in sociale vaardigheden. Bij een controle acht weken later bleken beide groepen echter geen significante verschillen meer te vertonen, met andere woorden het effect van het contract was niet blijvend (KORMAN, 1973).

e. Zelfcontrole

Deze benadering is als de meest belovende door velen uitgewerkt. Hij is gebaseerd op een functionele analyse van de slecht aangepaste respons, i.c. het overeten en het verkrijgen van controle over die respons (STUART, 1967). Het programma omvat in het algemeen:

- omschrijving van het onder controle te brengen eetgedrag;
- identificatie van stimuli (-situaties) die voorafgaan aan het eten en controle daarover;
- ontwikkeling van technieken om het concrete eetgedrag te controleren;
- veranderingen in de consequenties van het eten, d.i. reinforcement na gedragsveranderingen en/of gewichtsverlies.

Essentieel in deze benadering is dat de cliënten ook na afloop van het programma in staat blijven tot regulering van hun eetgedrag. De mogelijkheid dat aangebrachte veranderingen zich tot gewoonten stabiliseren, is bij deze benadering dan ook veel sterker aanwezig dan bij de overige, meer van de therapeut afhankelijke programma's.

Naast het feit dat mensen geleerd hebben zichzelf te belonen, ook na het programma, ziet JEFFREY (1974) als een belangrijke oorzaak van de grotere effectiviteit dat mensen geleerd hebben zich meer voor het eigen gedrag verantwoordelijk te voelen. Deze verklaring is niet onwaarschijnlijk, getuige ook een interessant experiment van ZANT (1975). Deze vergeleek vijf vermageringsmethoden in een onderzoeksopzet waarbij telkens één variabele aan het program-

ma werd toegevoegd. De methoden waren:

a. een schriftelijk vermageringsprogramma, gebaseerd op het werk van o.a. STUART & DAVIS (1972), deel A = gedragsplanning: hoe eetgewoonten te verbeteren?
b. = a plus, eveneens schriftelijk deel B = gedragsmodificatie: wat kunt u aan uw eetgewoonten verbeteren?
c. = b plus groepscontact, gespreksgroepen onder leiding van een niet-therapeutische gespreksleider;
d. = c maar in plaats van een neutrale gespreksleider een therapeut;
e. = d waarbij de therapeut nu ook technieken van coverte conditionering, sensitizatie en reinforcement hanteert.

De hypothese 'hoe meer behandeling (a→e) hoe meer effect', moest echter worden verworpen. De beide eerste, schriftelijke benaderde groepen bereikten zowel na de experimentele periode (8 weken) als bij de beide vervolgmetingen (13 en 26 weken) de beste resultaten, d.i. het meeste gemiddelde gewichtsverlies.[50]

Ook ZANT oppert als verklaring dat mogelijk de aanwezigheid van de therapeut het gemakkelijker maakt de eigen verantwoordelijkheid af te schuiven. Het groepscontact kan, naast de door de deelnemers gerapporteerde positieve (steun)-effecten ook het voor het bereiken van gewichtsverlies negatieve effect: 'gedeeld schuldgevoel is half schuldgevoel' opwekken.

ZANT's onderzoek is wat uitgebreider weergegeven omdat het aangeeft dat inzichten vanuit de gedragstherapie voor grotere groepen toegankelijk gemaakt kunnen worden. De mogelijkheid dit te doen via abonnees van een dameswekblad hebben (student)medewerkers van de Vrije Universiteit te Amsterdam benut. De beschrijving van het door hen ontwikkelde programma vindt men in de scriptie van KUYS et al. (1975).

Vergelijking van een gelijksoortig, tienweeks programma, verstuurd per brief (= briefgroep) met een groep waarin het programma in de groep werd behandeld (= contactgroep) leverde een iets groter gewichtsverlies op voor de contactgroep. Bij de nacontrole zeven weken later was dit verschil echter verdwenen doordat de briefgroep in tegenstelling tot de contactgroep verder was afgevallen (FERSTL et al, 1975).

Voor het opzetten van schriftelijke programma's is het van belang te weten wat de afzonderlijke onderdelen aan het effect bijdragen. In ZANT's experiment vielen de proefpersonen die alleen deel A van de cursus ontvingen (gedragsplanning) minder af dan zij die daarnaast ook deel B, gericht op herprogrammering van eetgewoonten (gedragsmodificatie, 'behaviour control') kregen toegestuurd.

ROMANCZYK (1974) vindt echter geen verschil in effectiviteit tussen de groep die dagelijks, gedurende 4 weken het eigen gewicht en de calorieopname noteert ('self-monitoring') en de groep die een 'behaviour management + stimulus control instruction' in groepsverband krijgt. Deze laatste technieken voegen evenmin iets toe aan het effect wanneer ze in aanvulling op het zelf noteren worden gehanteerd. Het dagelijks noteren van het gewicht had geen enkele in-

vloed op het eetgedrag, de calorienotering wél. Met andere woorden, het zelf noteren heeft alleen invloed op het gedrag als de variabele die wordt genoteerd, het gedrag mede bepaalt.

Aan 'self-monitoring' als techniek voor gedragsverandering worden door BANDURA (1969) en KANFER & PHILLIPS (1971) drie aspecten onderscheiden:
– self-monitoring, het registreren;
– self-evaluation, het evalueren van het huidige gedrag;
– self-reward, het bekrachtigen na bereiken van het gewenste doelgedrag.

Niet in alle programma's waarbij men spreekt over 'self-monitoring' worden alle drie facetten bedoeld; dit bemoeilijkt vergelijking.

We zijn op dit punt van zelfcontrole het meest uitgebreid ingegaan, omdat hierin – uitgaande van een 'person-blame'-benadering – de beste garantie ligt voor stabilisatie van de verandering tot een gewoonte.

Steun van de directe sociale omgeving is hierbij van belang, voorzover bijv. gezinsleden tot volhouden kunnen stimuleren. De gezinsleden zullen echter voor deze stimulerende taak goed moeten worden toegerust, o.a. door training in beloningsstrategieën (zie STUART & DAVIS, 1972; STUNKARD & MAHONEY, in MACALISTER et al., 1976; WEISENBERG, in BECKER & GREEN, 1975).

Een goed oordeel over de effectiviteit van de verschillende methoden wordt bemoeilijkt juist door het ontbreken van resultaten op langere termijn en doordat niet bekend is welke deelnemers bij voorbaat weigeren en stoppen gedurende de behandeling (HALL & HALL, 1974).

Een studie van 215 personen die via de Weight Watcher's club hun streefgewicht hadden bereikt, laat zien dat 18,8% dit streefgewicht al meer dan vier jaar heeft behouden, 10,6% drie-vier jaar en 31,4% twee-drie jaar. Het gaat hier echter om deelneemsters die na hun succesvolle afvalpogingen als leidster aan de organisatie verbonden zijn. Het is te verwachten dat dit feit een belangrijke stimulans tot op gewicht blijven inhoudt (BENDER & BENDER, 1976). HAMMAR et al. (1971) stuurden een enquête naar 221 ex-cliënten die tussen 1959 en 1969 tenminste driemaal in een obesitas-kliniek behandeld waren volgens een van de volgende drie methoden:
– 'dietary approach' (dieet, plus algemene voedingsinformatie);
– 'supportive counseling' (door arts, individueel);
– 'group treatment'.

De respons was krap 30%, waarbij de respondenten het meest succesvolle deel van de populatie bleken te zijn geweest. Op deze lange termijn – variërend van een tot acht jaar na de behandeling en gemiddeld vier jaar erna – bleken de resultaten voor de dieetgroep beter dan voor de niet-dieetgroepen. Van deze laatsten was 91% nog of weer obees; van de dieetgroep 60% (!) De conclusie van de auteurs luidt: 'Providing good nutritional education in food selection and eating habits to the obese adolescent appears to be one of the most positive contributions the professional can make as a foundation for future efforts at weight control.'

Minder optimistisch zijn DWYER & MAYER (1974) in een vervolgstudie van een obesitasprogramma onder 13-jarige meisjes, 5 jaar later. Het programma bestond uit driemaal per week één uur oefeningen (tijdens schooltijd), en het

verstrekken van algemene voedingsinformatie. Dit gebeurde op basis van vrijwilligheid, gedurende 5-18 maanden. Ondanks de gunstige korte-termijn-resultaten bleken 5 jaar later geen verschillen te bestaan tussen degenen die destijds wel en die niet aan het programma hadden deelgenomen, met andere woorden het gewichtsverlies van de programmadeelneemsters bleek niet blijvend te zijn.

Samenvatting

Samenvattend wat met betrekking tot de 'person-blame'-benadering naar voren is gekomen: de doelen zijn in het algemeen geformuleerd in termen van individuele kennis-, houdings- en/of gedragsverandering. Wat obesitas-programma's betreft, verdienen feitelijke gedragingen (eetgedrag, lichaamsbeweging) als eindtermen de voorkeur boven gewicht. Doelgroepen zijn de cliënten zelf of intermediairen, vaak personen met frequent contact en/of invloed op de cliënten.

De inhoud van de voorlichting is veelal basisinformatie rond voeding, met nadruk op het belang van een permanent evenwichtige voeding. Ook instructies in vaardigheidsoefeningen komen voor: recepten zowel als suggesties voor lichaamsbeweging in de dagelijkse praktijk. Van obesitas-programma's maakt voorts deel uit: 'instruction and guided practice in stimulus control techniques'.

Inhoud en methodiek zijn soms moeilijk te scheiden. Of gewerkt wordt via massamedia, groeps- of individuele methoden, essentieel is de stabilisatie van de gewenste veranderingen. In obesitasprogramma's wordt hiertoe expliciet de training van gezinsleden in beloningstechnieken opgenomen. Even belangrijk is de training van de cliënten zelf in probleemoplossende vaardigheden en de ontwikkeling van een systeem van zelfcontrole. In al die gevallen waar het binnen de mogelijkheden van individuen (al dan niet in groepsverband) ligt om voedingsgedrag te veranderen, kan voorlichting op deze wijze een effectieve bijdrage leveren.

Toch blijft gelden dat persoonsgerichte benaderingen zichzelf grenzen stellen aan hun effectiviteit voorzover het gaat om verandering van voedingsgedrag. Aanvulling met meer op structurele veranderingen gerichte benaderingen is nodig (zie 6.3.3. en 6.3.4.).

6.3.3. *Voedingsbeïnvloeding, structuurgerichte benaderingen*

In deze paragraaf gaan we uit van een 'system-blame' visie, dat wil zeggen van een sterke nadruk op de structurele veranderingen die nodig zijn om een bepaald probleem, i.c. onjuist voedingsgedrag, op te lossen. Deze veranderingen kunnen betrekking hebben op structuren van verschillende niveaus: dat van de (Nederlandse) samenleving; dat van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding als georganiseerd of juist niet georganiseerd systeem; en dat van de eigen organisatie van waaruit de (voedings)voorlichting gegeven wordt.

6.3.3.1. De structuur van de Nederlandse samenleving

De invloed van de structuur van de Nederlandse of westerse samenleving

op ons voedingsgedrag is veelomvattend en intensief. Via diverse besluiten worden in Nederland, op basis van de Warenwet, de bereiding en bewaring, de samenstelling en de toevoeging van vreemde stoffen aan voedingsmiddelen geregeld. De keuringsdiensten van waren houden toezicht op naleving van de wet en de besluiten. Deze en ook andere wetten (bijv. de vleeskeuringswet) zijn met name gericht op hygiëne en het weren van voor de gezondheid schadelijke stoffen uit voedingsmiddelen.

Dit terrein is voor de consument te ondoorzichtig geworden, temeer daar de laatste 25 jaar het aantal produkten enorm is toegenomen. Diverse consumentenorganisaties streven naar meer doorzichtigheid zodat de consument zich een beter oordeel kan vormen. Ook streven zij in nationaal en EEG-verband naar invloed op het beleid waar het consumentenzaken betreft. De neerslag van beide soorten activiteiten (die overigens niet alleen door de Consumentenbond worden verricht) zijn bijv. te vinden in de Consumentengids.[51]

Verder zijn er ook op voedingsgebied actiegroepen die op misstanden wijzen en proberen via de publieke opinie beleidsombuigingen te realiseren. Zij leggen de nadruk op zo natuurlijk mogelijk geproduceerd voedsel en zijn onder andere tegen het gebruik van bestrijdingsmiddelen, conserveermiddelen en bepaalde mest- en fokmethoden. Voorbeelden zijn onder andere: De Kleine Aarde, de Stichting Makrobio, Actiegroep Lekker Dier, de belangengroep 'Rechten voor al wat leeft' en de voedselgroep van de Actie Strohalm.[52]

Pogingen om in gevestigde structuren bressen te slaan daar waar in de ogen van gezondheidsdeskundigen of anderen sprake is van een ongunstige invloed stuiten op bijzonder veel weerstand (vergelijk barrière 12 en suggesties voor een aanpak in 6.2.).

Toch kunnen consumentenorganisaties, actiegroepen en individuen die in staat zijn een voldoende grote, gemotiveerde en deskundige achterban te verzamelen, zeker op de lange duur een invloed uitoefenen op de condities voor voedingsgedrag.

6.3.3.2. De structuur van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Wat betreft het tweede niveau, dat van de g.v.o. zelf, zijn twee rapporten het vermelden waard. Het betreft een Nederlands en een Amerikaans rapport, die beide richtlijnen geven voor een (nieuwe) structuur voor g.v.o. (Werkgroep, 1974; REPORT, 1974).

In de nota 'Een structuur voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' ziet de werkgroep nationaal plan g.v.o. een belangrijk probleem in de huidige verbrokkelde wijze waarop gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in ons land is georganiseerd of terechter, niet is georganiseerd. Zij gaat voor een nieuwe structuur uit van drie taakniveau's: nationaal, regionaal en lokaal en ziet de volgende schematische opbouw:

- lokaal: de direct met de bevolking in contact staande 'veld'-werkers op het terrein van de gezondheidszorg, welzijnszorg en onderwijs;
- regionaal: g.v.o.-consulenten met taken zowel naar plaatselijk niveau – bege-

leidend en deels initiërend – als naar landelijk niveau: signalerend, suggerend;
– nationaal: diverse al bestaande instellingen die bij g.v.o. betrokken zijn of zouden moeten zijn en een nog in te stellen Nationale Raad voor G.V.O. respectievelijk een op te zetten Instituut voor G.V.O.[53]

De Raad zal zich moeten bezighouden met beleidsformulering en het aangeven van prioriteiten; het Instituut werkt hierbij ondersteunend. Aan het Instituut zijn voorts coördinerende, begeleidende en onderzoekstaken toegedacht, met als doel steun voor regionaal en lokaal werkenden.

Een zo mogelijk nog grotere verbrokkeling spreekt uit het rapport van een Amerikaanse commissie over de structuur van g.v.o. Deze commissie bepleit de instelling van een nationaal centrum voor g.v.o. Het centrum zou moeten kunnen beschikken over de diensten van vijf op te richten subafdelingen, te weten voor:
– het verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
– de ontwikkeling van programma's, het uitproberen en evalueren daarvan;
– het inventariseren, verzamelen van programma's en materialen op het gebied van g.v.o.;
– de verzorging van communicatie tussen het centrum en de gebruikers en tussen het centrum en massamedia;
– het opzetten, zo nodig, van regionale en lokale centra.

Het rapport draagt in de uiteindelijke (= tiende!) versie duidelijk de sporen van vele compromissen. Het is sterk de vraag of het zetten van een dergelijke structuur als een koepel boven ontelbare bestaande instituties en organisaties enige kans van slagen heeft als niet van het begin af naar medewerking van zoveel mogelijk betrokkenen wordt gestreefd. En zelfs als dit gebeurt, hangt het tot leven brengen van een dergelijke nieuwe structuur ervan af of mensen hun, vaak historisch gegroeide en bekende belangen kunnen inruilen voor nieuwe, deels ongekende belangen.

6.3.3.3. Structuur van de organisatie

Als derde en laatste onderscheidden we de structuur van de organisatie waarbinnen en van waaruit de voorlichting wordt opgezet. Diverse aspecten van de interne structuur bepalen bij voorbaat de grenzen van een voorlichtingsprogramma: taakafbakeningen van de organisatie als totaal zowel als van afdelingen en personen binnen de organisatie; de voor opzet en uitvoering van de voorlichting beschikbare financiën; (de financiële) verantwoording van de organisatie tegenover andere organisaties; beschikbaarheid, kundigheid en motivatie van personeel e.d.

Daarnaast heeft de visie dat voedingsvoorlichting onderdeel dient te zijn van g.v.o. in ruimere zin en dat dit weer deel is van een geïntegreerd welzijnsbeleid implicaties voor de externe structuur van de organisatie: samenwerking met andere organisaties, die op hetzelfde gezondheids-/welzijnsterrein werken voor dezelfde doelgroepen is een essentieel vereiste voor enige vorm van geïn-

tegreerde voorlichting.

Zoals eerder gesteld (p. 111) is er opmerkelijk weinig aandacht voor de invloeden die uitgaan van de structuur van een voorlichtingsorganisatie op opzet en uitvoering van die voorlichting; in de door ons bestudeerde voedingsvoorlichtingsprojecten wordt er nergens op ingegaan. Een mogelijke reden is dat de grens tussen persoons- en structuurgerichte benaderingen een vloeiende is. Ook bij structuurgerichte benaderingen gaat het om het beïnvloeden van personen. Deze worden aangesproken op hun beleidsfunctioneren wat vaak een beroep op rationaliteit inhoudt. Tegelijkertijd maken deze beleidsfunctionarissen echter deel uit van bepaalde sociale groeperingen en fungeren daarin ten dele als sleutelfiguren; en uiteindelijk zijn ook zij onderdeel van het publiek. Het functioneren in verschillende rollen door één persoon gebeurt niet onafhankelijk: ook als beleidsfunctionaris hanteert iemand zeer persoonlijke overwegingen.

Concluderend:

Structuurgerichte ('system-blame') benaderingen hebben oog voor de bepalende invloeden die er van bestaande structuren op (voedings)gedrag uitgaan. Zij kennen prioriteit toe aan het veranderen van deze structuren teneinde condities te creëren waarin individuele gedragsverandering mogelijk wordt. Het benaderen van beleidsbepalende personen is essentieel om tot dit soort veranderingen te komen. In laatste instantie zijn deze structuurgerichte benaderingen dan ook terug te voeren tot persoonsgerichte, zij het dat in deze gevallen personen expliciet worden benaderd op hun beleidsfunctioneren.

We hebben voorbeelden genoemd op samenlevingsniveau: wettelijke regelingen, consumentenorganisaties en actiegroepen; op het niveau van de structuur van de g.v.o. zelf en als laatste noemden we de invloed die de structuur van een (voorlichtings)organisatie heeft op de mogelijkheden voedingsgedrag te beïnvloeden.

6.3.4. *Voedingsbeïnvloeding: geïntegreerde benaderingen*

Onder geïntegreerde voorlichtingsprogramma's verstaan wij die programma's waarin de activiteiten niet alleen gericht zijn op individuen die bepaald risicogedrag vertonen (vanuit een 'person-blame' benadering), maar waarin de communicatoren proberen eveneens de condities voor gezonder gedrag te verbeteren, respectievelijk aan te brengen (vanuit een 'system-blame' benadering). We geven beknopt een aantal van dergelijke campagnes weer, ter onderlinge vergelijking en als voorbeelden.

Bij de keuze speelden naast het criterium 'geïntegreerde benadering' de volgende overwegingen mee:

- in de campagne moest voorlichting tot de hoofdactiviteiten behoren:
- de campagne moest zodanig beschreven zijn dat doelen en doelgroepen, inhoud, methodiek en de structuur waarvanuit de campagne is opgezet, duidelijk waren.

Bovendien hebben we ons hier beperkt tot campagnes die uit de wens tot preventie van hart- en vaatziekten voortgekomen zijn.

De programma's die we hier kort weergeven, opnieuw volgens het schema:

doelen en doelgroepen, inhoud, methodiek en structuur, zijn :[54]
o de Zweedse campagne 'Kost och Motion' (voeding en beweging), 1971 –
o het Finse North Karelia project, 1972 –
o het Amerikaanse Stanford Disease Prevention programma, 1972 –

6.3.4.1. Doelen en doelgroepen

Zonder uitzondering zijn in deze meeromvattender programma's de doelen geformuleerd in termen van gedrag en gedragsverandering!

– 'to give the individual increased capabilities and options to improve his health and wellbeing' (Kost och Motion);
– 'to effect permanent changes in the health behaviour of the population' en voor het voedingsprogramma: 'to effect changes in eating habits that will lead to a reduction of serumcholesterol among the whole population' (North Karelia);
– 'to create and evaluate methods for achieving changes in smoking, exercise, and diet that are both cost-effective and applicable to large population groups' (Stanford).

De tweede en derde doelformulering overschrijden de mogelijkheden van wat via communicatie alleen te bereiken is.

Ook de formulering van de doelgroepen is vrij pretentieus:

– de groepen in de bevolking met een laagcalorische behoefte van 1500-2000 kcal (Kost och Motion)[55];
– de bevolking van de staat North Karelia (185.000 inwoners) met de nadruk op de categorie met verhoogd risico, d.w.z. mannen op middelbare leeftijd;
– de volledige bevolking van twee dorpen, elk met ca. 15.000 inwoners, met in één plaats bijzondere aandacht voor de groep met verhoogd risico, zoals via een survey geïdentificeerd (Stanford).

6.3.4.2. Inhoud

De drie vertonen opvallende gelijkenis in de voorlichtingsboodschap:

– reductie van het aantal Cal. totaal;
– reductie van het Cal.% afkomstig van vetten van 40% tot 25-35%;
– reductie van het gebruik van verzadigde vetten;
– toename van het gebruik van meervoudig onverzadigde vetten;
– reductie van het suikergebruik;
– toename van de consumptie van groenten, fruit, magere melkprodukten, vis, mager vlees, graanprodukten;
– reductie van het gebruik van cholesterolrijke produkten.

'Kost och Motion' besteedt in de boodschap bovendien aandacht aan lichaamsbeweging in directe relatie met de voedingsadviezen en streeft naar meer lichaamsbeweging via in het normale patroon in te bouwen activiteiten: trap in plaats van de lift, lopen of fietsen naar het werk e.d. In het Stanford-programma wordt ernaar gestreefd dat de boodschappen naast kennisoverdragend ook actie-stimulerend zijn (zie methodiek).

6.3.4.3. Methodiek

De methodiek van diverse campagnes loopt uiteen, hoewel ze in het algemeen vrij sterk gericht is op kennisoverdracht.

– De (overheids)campagne 'Kost och Motion' werkt langs twee hoofdlijnen, nl. enerzijds een informeren van het publiek en anderzijds het beïnvloeden van voedingsbeleid op nationaal niveau.

Met dit laatste is gestart omdat men het niet zinvol achtte om zonder verbetering van de mogelijkheden tot keuze van een adequaat voedingspakket het publiek op de noodzaak hiervan te wijzen. Om een dergelijk beleid te kunnen realiseren, is naast een bewust overheidsbeleid medewerking van de voedingsmiddelenindustrie en van personen, verantwoordelijk voor de voedselvoorziening van grote groepen nodig. Onderdeel van de methodiek is dan ook geweest het in de organisatie van de campagne opnemen van vertegenwoordigers van deze geledingen.

Informatieve bijeenkomsten voor o.a. deze 'mass-caterers' stonden aan het begin van de campagne.

Ook is een vignet ter vergroting van de algemene herkenbaarheid ontworpen:

– Het North Karelia-project hanteert voor wat betreft de g.v.o.-aspecten de volgende methodiek:
  - o het verschaffen van informatie over gezondheid, via pers, radio, vouwbladen, openbare bijeenkomsten e.d.;
  - o training in g.v.o. van personeel werkend op het terrein van gezondheidszorg, onderwijs, vorming en welzijn;
  - o de organisatie van speciale diensten;
  - o werken aan de introductie van veranderingen in de omgeving zoals de beschikbaarheid van magere melkprodukten, rookverbod in openbare gebouwen, voeding in instellingen.

Het North Karelia project kent eveneens een vignet:

– Het Stanfordproject richt zich met een intensieve campagne via de massamedia op de bevolking van twee experimentele plaatsen: t.v.- en radiospots, minitoneelstukjes, vaste kolommen in kranten, een aan elk gezin toegestuurd informatieboekje, een kookboek, een hartkalender. Naast kennisoverdracht wordt geprobeerd ook via de massamedia het aanleren van vaardigheden te stimuleren door het geven van zeer specifieke instructies.

In een van de twee plaatsen vindt naast de campagne via de massamedia een persoonlijker benadering plaats via groeps- en individuele begeleiding van personen met een verhoogd risico en hun echtgenotes/-n. Hierbij maken de begeleiders o.a. gebruik van leertheoretische principes: reinforcement, modelleren volgens BANDURA (zie 2.2.2.).

Het Stanford-project rapporteert belangrijke veranderingen in kennis en ge-

drag zowel bij respondenten die via massamedia en intensievere instructie zijn benaderd als bij de respondenten die alleen aan massamedia hebben blootgestaan. De gecombineerde benadering gaf na één jaar betere resultaten maar na twee jaar (meting eind 1974) waren deze verschillen vrijwel verdwenen door een inhaaleffect bij de massamedia. De resultaten na drie jaar waren eind 1976 nog niet beschikbaar.

6.3.4.4. Structuur

Ook in de structuur waarbinnen en waar vanuit de campagnes worden opgezet, treden interessante verschillen naar voren:

– Voor de campagne 'Kost och Motion' is binnen de 'National Board of Health and Welfare' een aparte organisatie opgezet die nauw samenwerkt met het 'National Institute of Public Health'. Een beleidscomité, waarin ook de industrie vertegenwoordigd is, draagt directe verantwoordelijkheid voor de actie. Voor de planning en uitvoering van activiteiten op deelgebieden – opleiding en training, massamedia, informatiematerialen, effectmeting – staan projectgroepen borg, gecoördineerd door één projectleider.

– Het North Karelia project kent geen aparte organisatie, maar wel een coördinerend centrum aan de universiteit van Kuopio. Ook zijn projectmedewerkers vertegenwoordigd in het nationale 'Medical Board', de afdelingen van 'Social and Health Affairs' op regionaal niveau, en in de gezondheidscentra op lokaal niveau. Verder streeft men naar een zo goed mogelijke integratie in de bestaande structuren van gezondheids- en welzijnszorg.

– Bij het Stanfordproject opereert het coördinerend team eveneens vanuit de universiteit. Nauwe samenwerking met massamedia-specialisten schijnt gewaarborgd en de intensievere persoonlijke instructie wordt eveneens door het onderzoeksteam opgezet.

Concluderend:

Het aantal geïntegreerde programma's, lopend over langer termijn en waarbij effectmetingen plaatsvinden, is nog vrij beperkt, zodat conclusies met voorzichtigheid moeten worden getrokken. Het meest belovend lijken die benaderingen waarbij de gewenste gedragspatronen zo goed mogelijk in elementen uiteengelegd worden, waarna aan het tot gewoonte maken van elk van die elementen aandacht wordt besteed. Hierbij lijkt het – op de lange duur – niet uit te maken of deze aandacht in specifieke programma's via massamedia wordt gegeven dan wel via massamedia, aangevuld met individuele en groepsmethoden Het besproken onderzoek betrof kleinere gemeenschappen in de V.S. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of dergelijke resultaten ook bij grotere gemeenschappen, in andere landen, verkregen worden. De lange termijn resultaten van de hier beschreven 'Kost och Motion' en 'North Karelia'-projecten zullen aan inzichten hieromtrent bijdragen.[56]

6.4. NAAR STRATEGIEËN VAN VOEDINGSVOORLICHTING

In het voorgaande hebben we enkele van de huidige programma's weergegeven volgens het schema: doelen en doelgroepen, inhoud, methodiek en structuur. Deze elementen zijn aan elk voorlichtingsprogramma te onderkennen en komen dan ook als vier hoofdelementen terug in het totaalschema aan het eind van dit hoofdstuk (fig. 15).

Uitgaande van de in 4.1. gestelde planmatigheid van voorlichting ontlenen we aan VAN BEUGEN's fasenschema (4.1.2.) nog enkele elementen voor het ontwerpen van voorlichtingsstrategieën, nl. informatieverzameling en evaluatie. Ook de expliciete aandacht voor beslissingsregels en randvoorwaarden is een waardevolle herinnering aan het feit dat bij elke planning en strategiebepaling persoonlijke mens- en maatschappij-opvattingen meespelen die grenzen stellen. Juist het strategie-eigen kenmerk van een afgewogen calculatie van waarschijnlijkheden en wenselijkheden (6.1.) maakt dat deze elementen niet impliciet kunnen blijven zoals bij beschrijving van de huidige voorlichtingsprogramma's, maar als afzonderlijke onderdelen worden opgevoerd.

Achtereenvolgens komen dan ook als elementen van de strategiebepaling aan de orde: informatieverzameling, bepalen van doelen en doelgroepen, van inhoud, van methodiek, de structuur van de (voorlichtings)organisatie, en evaluatie; dit steeds eerst algemeen, daarna toegepast op het voedingsvoorlichtingsproject 'Leef lang en lekker' van de Nederlandse Hartstichting.

6.4.1. *Informatieverzameling*

6.4.1.1. Algemeen

De fase van informatieverzameling of -bundeling is nodig om te komen tot een diagnose van het probleem waarvoor, onder andere via voorlichting, een oplossing wordt gezocht.

Daarnaast dient op grond van deze fase de keuze van de soort(en) strategie waarvan in hoofdzaak gebruik gemaakt zal worden, mogelijk te zijn.

'Wat is precies het probleem?' 'Waar en bij wie komt het voor?' 'Wat zijn oorzaken?' zijn vragen die voor het stellen van een diagnose beantwoord moeten zijn. De gegevens, nodig voor beantwoording, zijn vaak al beschikbaar, vandaar dat hierboven gesproken werd van informatiebundeling. Het zijn statistieken met betrekking tot ziekte en sterfte, m.b.t. (causale) relaties tussen bepaalde factoren en het voorkomen van ziekte en/of sterfte. Soms beschikt men daarnaast ook nog over sociale gegevens van de op basis van deze gezondheidkundige criteria geformuleerde 'risicogroepen': leeftijd, sociale status, opleiding etc. Te vaak worden gezondheids-/voedingsvoorlichtingsprogramma's uitsluitend door dergelijke gezondheidkundige en sociaal-economische gegevens bepaald, terwijl aan de vraag of via voorlichting iets aan het probleem te doen is, wordt voorbijgegaan. Slechts zelden namelijk beschikt men over informatie, nodig om voorlichtingskundige criteria als ontvankelijkheid en bereikbaarheid aan te kunnen leggen. Voor het opzetten van een voorlichtingsprogramma is het gegeven dat inadequaat voedingsgedrag een risico-factor voor het probleem

hart- en vaatziekten is, onvoldoende. Pas als duidelijk is, wie en wat het voedingsgedrag inadequaat maken ('person-blame' versus 'system-blame') wordt enig zicht op mogelijke doelgroepen verkregen en op de soort strategie. Gaan de gedachten in de richting van een rechtstreeks op het publiek gerichte opzet, dan zal de gezondheidsvoorlichter zich andere vragen stellen dan bij beleidsbepalers (zie bijlage I).

Essentieel hier is echter de stelling dat voor het ontwerpen van een strategie van voedingsvoorlichting zowel gezondheidkundige als voorlichtingskundige criteria de informatieverzameling dienen te bepalen! Nu is het onmogelijk alle informatie waarover men idealiter zou willen beschikken, te verkrijgen zonder dat dit budget en mankracht ver te boven gaat. Echter, met name organisaties die over lokale afdelingen beschikken, bijv. kruisverenigingen, zouden in staat moeten zijn dergelijke gegevens op verzoek van bijv. een g.v.o.-consulent, te verzamelen. VAN PARIJS (1975) geeft hiervan enkele voorbeelden. Een bewust gepland neveneffect van dergelijke informatieverzameling door lokale personen is dat zijzelf meer geïnteresseerd raken in de gezondheidsproblemen die spelen. Het is een zaak van methodiek hoe deze geïnteresseerden tot continue tussenschakel tussen publiek en professionele gezondheidswerkers te maken.[57]

De gegevens die in deze fase van informatieverzameling beschikbaar komen, dienen een eerste oriëntatie te zijn voor de bepaling van de soort doelen en doelgroepen, inhoud en eventueel methodiek. Een planningsproces, waarin een continue terugkoppeling van gegevens is ingebouwd en waarin mogelijkheden tot bijstellen worden benut, is essentieel voor een flexibele voorlichtingsstrategie. Dit houdt in een fasegewijze opzet op niet te grote schaal, waarbij eerst in testcampagnes enige informatie wordt verkregen, bijv. over de vraag: wat is de aard van het probleem en bij wie leeft het al?

Een vrij principiële stellingname die niet alleen op grond van de informatieverzameling plaatsvindt, maar waarbij ook iemands mens- en maatschappijbeelden meespelen, is de keuze voor de soort strategie. Deze keuze, voor machtsstrategieën, persuasieve of reëducatieve strategieën of een combinatie daarvan bepaalt mede de aard van doelen en doelgroepen, van inhoud, methodiek en (soms) structuur, vandaar dat we het tot een centrale overweging in het schema maken.

Een *samenvatting* van het hier besprokene is te vinden in fig. 15a.

6.4.1.2. *Informatie- verzameling*: het project 'Leef lang en lekker' van de Nederlandse Hartstichting

De informatie waarop het project 'Leef lang en lekker' is gebaseerd, is vooral van medisch-sociale aard, maar daarnaast spelen ook meer voorlichtingskundige overwegingen een rol.

Primair bij alle activiteiten staat de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten: in 1974 totaal 50.000 personen, gevoegd bij de overweging dat het hier, althans ten dele, gaat om gedragsziekten.

Voorts baseert men zich op talrijke studies over de samenhang tussen bepaalde leef- en eetpatronen en riscio-factoren voor hart- en vaatziekten als:

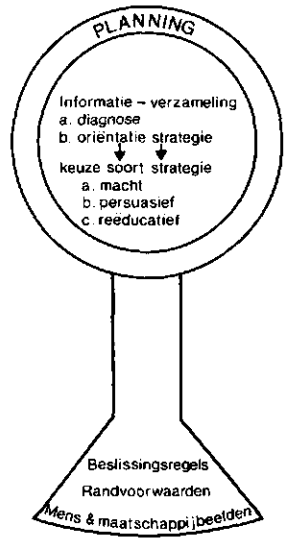


FIG. 15a. Strategiebepaling: probleemdiagnose en oriëntatie op de soort strategie.

verhoogde bloeddruk, verhoogd serumcholesterol- en triglyceridengehalte e.d. [58]

Op deze wijze komt men ertoe binnen het kader van de algemene doelstellingen van de organisatie ook aandacht aan voedingsvoorlichting te besteden. Hoewel sterftecijfers voor met name de ischaemische hartziekten [59] beschikbaar zijn, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, provincie- en gemeentegrootte en men eveneens kan beschikken over (klinische) morbiditeitsgegevens, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, heeft de Hartstichting er voor dit preventieve project de voorkeur aan gegeven voorlichtingskundige overwegingen te laten prevaleren (CBS, 1976).

Men koos voor benadering van vrouwen, met name in verenigingsverband, vanuit:

– hun centrale positie in de voedselvoorziening in gezinnen en daarmee in de ontwikkeling van eetgewoonten onder de jongeren;

– de bereikbaarheid als 'georganiseerde' vrouwen, hierbij tevens het gezelligheidsaspect incalculerend, van belang geacht voor realisering van de doelstellingen ten aanzien van de organisatie (zie 6.4.2.2.).

Verdere voor een voorlichtingsstrategie relevante gegevens als: wat is de kennis (juiste én onjuiste) van het probleem, hebben zij er ervaring mee, hoe staan zij er tegenover, zien zij hun belang bij het aanpakken ervan, hoe zijn eet- en voedingsgewoonten, hebben zij ervaring met andere voedingsvoorlichtingsprogramma's, hoe krijgen ze informatie over voeding etc., zijn niet bij voorbaat bekend noch verzameld. [60]

Evenmin is gestreefd naar gegevens over de lokale situatie: hoe staan de plaatselijke (gezondheids)autoriteiten tegenover het probleem hart- en vaat-

ziekten en de suggestie dat mensen zelf via hun voeding aan preventie kunnen bijdragen?

Het verkrijgen van deze en soortgelijke gegevens hoeft per se niet altijd via een uitputtend onderzoek te gebeuren. Elders is informatie uitgewerkt van 26 halfgestructureerde gesprekken met Edese huisvrouwen over hun ideeën over hart- en vaatziekten, de relatie met voeding, eventuele weerstanden tegen bepaalde voedingsmiddelen, hun ideeën over de Hartstichting e.d. (WESTMAAS-JES, 1975). Het voeren van de gesprekken kostte twee weken. In dit geval was het vragenschema ontleend aan de doelstellingen in plaats van omgekeerd. Dit is overigens niet ongebruikelijk: 'als we er niet enig idee van hebben in welke richting we ons doel moeten zoeken, kunnen we niet beginnen de diagnose te stellen (c.q. informatie te verzamelen), maar de informatie die verkregen wordt door de diagnose is noodzakelijk om het doel nauwkeurig te kunnen formuleren' (VAN DEN BAN, 1974: 167).

6.4.2. *Doelen en doelgroepen*

6.4.2.1. Algemeen

a. Doelen

De fase van informatieverzameling, uitmondend in een diagnose van het probleem en een eerste oriëntatie op de soort strategie, is de basis van de doelformulering. De door ons gehanteerde indeling van soorten doelen vertoont enerzijds overeenkomst met de drie soorten strategieën (zie 6.1.), anderzijds loopt ze vrijwel parallel aan de in 4.1.2. gemaakte indeling. Daar onderscheiden we, in navolging van VAN BEUGEN (1968) drie soorten relaties tussen een dienstverlenend (voorlichtings)systeem, een cliënt-systeem en een zg. derde partij, d.w.z. diegenen die ook op enigerlei wijze bij het probleem betrokken zijn (fig. 9a, b, c).

De driedeling in algemene doelen is die in doelen, liggend op het vlak van:
- helpen van degenen die uiteindelijk met het probleem zitten (vrgl. 9a);
- identificeren en beïnvloeden van die personen en instituties die de condities voor het probleem scheppen en in stand houden (vrgl. 9b);
- eliminatie van deze instituties.[61] (vrgl. 9c).

Veel voorlichtingsdoelen liggen op het eerstgenoemde, helpende vlak. In 4.3. is uiteengezet dat wij deze keuze te beperkt achten als doel van g.v.o. omdat de tegenwerkende krachten het de uiteindelijke cliënten bijzonder moeilijk maken zichzelf van het probleem – i.c. niet adequaat voedingsgedrag, of ruimer: het risico voor hart- en vaatziekten – te ontdoen. We zien dan ook doelen op het tweede en derde vlak als legitiem én gewenst voor voorlichtingsactiviteiten, mits zij blijven voldoen aan de criteria: planmatig, communicatie, en belang en welzijn van de uiteindelijke cliënt voorop.

Bij de concrete formulering van doelen en subdoelen dient men de grenzen van wat via communicatie te bereiken is, echter niet te overschrijden. Zo voorkomt men het stellen van irreële doelen die nooit via communicatie (alleen) te realiseren zijn. Aan NELISSEN (1976) ontlenen we in dit verband het volgende

voorbeeld. Hij stelt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen:
- het sociale doel, bijv. meer mensen in goede gezondheid langer laten leven;
- het marketing doel, bijv. verminderen met 25% van hart- en vaatziekten;
- het communicatiedoel, bijv. het bekend maken met en bewust maken van het verband tussen weinig beweging, vet eten, roken en lichamelijke ongezondheid;
- het reclamedoel, bijv. nog-niet-rokers confronteren met positieve kanten van niet-roken.

Voorlichting kan als planmatige communicatie een bijdrage leveren tot realisering van marketing- en sociale doelen, maar ze nooit alleen bereiken. Het is dan ook fundamenteel onjuist als doel van voorlichting te formuleren: terugdringing van het aantal hart- en vaatziekten.

Bij het bepalen van de doelen kunnen de sociale (lange termijn) doelen van het eventueel diverse beïnvloedingsmethoden omvattende programma in algemene termen worden geformuleerd. De voorlichtingsdoelen moeten exact, verifieerbaar en in termen van kennis-, houdings- of gedragsverandering worden geformuleerd willen zij als uitgangspunt voor een voorlichtingsstrategie kunnen dienen.

b. Doelgroepen

De term doelgroep suggereert ten onrechte dat het initiatief tot een voorlichtingsprogramma altijd uitgaat van een voorlichtingsinstantie die dan 'mikt op een doelgroep'. Dit is lang niet altijd het geval. Veel voorlichting wordt gegeven omdat bepaalde cliënten hierom vragen (bijv. bij obesitas). Bij de meeste voorlichting, voortkomend uit de wens tot primaire preventie echter is deze ongevraagd.

De keuze van de doelgroep(en) hangt uiteraard nauw samen met het soort doel; bij een doel op het helpende vlak zijn de uiteindelijke doelgroepen te vinden binnen de 'slachtoffers' van het probleem, d.w.z. het cliëntsysteem. Bij doelen als het beïnvloeden of elimineren van instituties die als (mede) veroorzaker van de problemen worden gezien, zijn uiteraard deze instituties de uiteindelijke doelgroep.

Intermediaire doelgroepen

Naast de uiteindelijke doelgroepen zijn de intermediaire te onderscheiden.[62]

Afhankelijk van doel en uiteindelijke doelgroepen zijn die te identificeren binnen:

a. het publiek;
b. regerings- en andere beleidsbepalende instanties;
c. producenten van voedingsmiddelen, inkopers en bedrijfsleiders van supermarkten e.d. en andere commercieel betrokkenen;
d. professionele (gezondheids)werkers.

Een voorbeeld van een intermediaire publieksdoelgroep is bijv. de doelgroep 'ouders van kinderen op lagere school', wanneer de uiteindelijke doelgroep de kinderen zijn (ook het omgekeerde is mogelijk).

Voor een optimale strategie vindt ook binnen die doelgroepen segmentatie plaats naar bepaalde, per segment homogene eigenschappen. Segmentatie kan plaatsvinden op verschillende criteria, nl. op grond van:
- gegevens in directe relatie met het doel;
- de bereikbaarheid via verschillende communicatiekanalen;
- de sociale structuren binnen de doelgroep, met andere woorden hoe zijn de diffusiemogelijkheden?

In de praktijk van de gezondheidsvoorlichting is een verregaande segmentatie vaak een onhaalbare kaart, omdat de benodigde gegevens niet dan met diepgaand onderzoek te verkrijgen zijn. Desondanks is streven naar een zo goed mogelijke lokalisering en afbakening van de doelgroep(en) ook en juist via elders verkregen gegevens (bijv. Nationaal Onderzoek Persmedia, 1972) een belangrijk onderdeel van een voorlichtingsstrategie.

Naarmate de doelen gefundeerder en exacter zijn geformuleerd, is de doelgroepbepaling gemakkelijker.

Ter *samenvatting* fig. 15b.

Doelen:
- a. kennis-
- b. houdings-
- c. gedrags-

} verandering

Doelgroepen:
1. uiteindelijke
   - a. cliënten
   - b. instituties
2. intermediaire
   - a. publiek
   - b. overheid
   - c. commercie
   - d. professie

FIG. 15b. Strategiebepaling: soort doelen en doelgroepen.

6.4.2.2. *Doelen en doelgroepen:* het project 'Leef lang en lekker' van de Nederlandse Hartstichting

a. Doelen

De doelen van het voedingsvoorlichtingsproject 'Leef lang en lekker', gestart in 1972 waren niet expliciet geformuleerd. Het nu volgende is vrijwel letterlijk afkomstig uit een door schrijfster in mei 1974 opgestelde nota:

'Ik heb geprobeerd de doelen zo volledig mogelijk te inventariseren door gesprekken te voeren met dr. Dekker (medisch directeur van de Hartstichting) en alle (destijds 8) diëtistes en door enkele bijeenkomsten bij te wonen. Op deze

manier registreerde ik 22 min of meer afzonderlijk te beschouwen doelen. Deze zijn te onderscheiden in:
A. doelen ten aanzien van de organisatie;
B. doelen ten aanzien van het publiek.

A. Doelen ten aanzien van de organisatie
1. activeren van leden en besturen van plaatselijke afdelingen van de Vereniging Vrienden van de Hartstichting (2)[63];
2. vergroten van animo voor oprichting van afdelingen in plaatsen waar deze nog niet zijn (1);
3. bekendheid met de Nederlandse Hartstichting vergroten (1);
4. goodwill voor de Nederlandse Hartstichting kweken (3).

B. Doelen ten aanzien van het publiek
5. het idee overbrengen dat er iets aan hart- en vaatziekten te doen is (1);
6. onjuiste kennis m.b.t. voeding corrigeren (2);
7. inzicht bewerken in de achtergronden van de adviezen door het overbrengen van begrippen uit de voedingsleer (3);
8. inzicht proberen te bewerken in de samenstelling van diverse voedingsmiddelen (3);
9. mensen bewust maken van het belang van goede voeding voor de gezondheid, inclusief het reduceren van de kans op hart- en vaatziekten (6);
10. mensen proberen te brengen tot het lezen van verpakkingsmaterialen (4);
11. mensen proberen te brengen tot het prijsvergelijken van produkten (2);
12. bereiken dat de mensen minder gaan eten (8);
13. bereiken dat de mensen zichtbare vetten consumeren via produkten met maximaal gehalte aan meervoudig onverzadigde vetzuren (8);
14. bereiken dat de mensen minder vet gaan eten (9);
15. bereiken dat de mensen de consumptie van produkten met een hoog cholesterolgehalte beperken (9);
16. bereiken dat de mensen minder suiker gebruiken (7);
17. bereiken dat de mensen in het algemeen verantwoorder gaan eten (6) (= sober zie 12, en gevarieerd = volgens schijf van vijf);
18. extra stimulans geven aan mensen die al gemotiveerd zijn (2);
19. verzorgen van een gezellige avond (7);
20. mensen laten ervaren dat een cholesterolverlagende maaltijd ook smakelijk kan zijn (1);
21. mensen brengen tot het thuis toepassen van recepten (4);
22. beschikbaarheid van de aanbevolen produkten in levensmiddelenzaken vergroten (2).

Deze 22 doelen liggen op verschillende niveaus:

1 t/m 4	hebben betrekking op de relatie Hartstichting/publiek;
5 (en 9)	proberen de ontvankelijkheid voor de boodschap te vergroten;
6, 7 en 8	betreffen kennisoverdracht;

9, 10 en 11	zijn gericht op bewustwording, deels via ander koopgedrag;
12 t/m 17	zijn gericht op gedragsverandering;
19, 20 en 21	hebben betrekking op de sfeer van boodschapoverbrenging;
22 tenslotte	maakt melding van de (soms) slechte beschikbaarheid van produkten.'

(Einde citaat)

Kijken we naar de in 6.4.2.1. beschreven 'vereisten' voor doelformulering, dan zien we dat de 22 op deze wijze geformuleerde doelen in het algemeen weinig specifiek en daardoor in deze vorm nauwelijks verifieerbaar zijn. Elk doel is door inperking en concretisering wel operationeel te maken, maar het aantal alleen al maakt toetsing tijdrovend en kostbaar.
Bovendien rijst de vraag hoe zinvol toetsing is, gezien de waarschijnlijkheid van de effecten. De geformuleerde doelen liggen ver voorbij wat via communicatie alleen te bereiken is.

Enkele (veronderstelde) tegenkrachten komen in 20 en 22 naar voren, nl.:
- o het niet lekker vinden van cholesterolverlagende maaltijden;
- o het niet beschikbaar zijn van aanbevolen produkten. [64]

In dit geval, waar al sprake was van een programma — publiek, inhoud, methodiek, structuur waren al bekend — was het mogelijk de doelen te operationaliseren door ze aan inhoud en methodiek te relateren. Bijv. als het gaat om kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen (doel 8) stelt onderzoeker geen lijst op met een representatieve steekproef van voedingsmiddelen, maar vraagt naar kennis van die soorten voedingsmiddelen waarover in het voorlichtingsprogramma wordt gepraat. Die kennis kan redelijkerwijs, mits voldaan is aan voorwaarden van kennisoverdracht, bij het publiek worden verwacht.

Dezelfde noodzaak tot inperking geldt voor de gedragsdoelen, zelfs in nog sterkere mate, omdat de interfererende krachten hierbij groter zijn.

Voorbeelden van communicatiedoelen die men in de gegeven situatie zou kunnen stellen, zijn:
in plaats van doelen 5 en 9 wat kennis betreft:
- o dat x % van de aanwezigen bij navraag 6 maanden later onjuiste voeding (te veel eten, te vet eten, te veel cholesterolbevattende produkten) noemt als een van de risico-factoren voor hart- en vaatziekten;

in plaats van de doelen 5 en 9 wat houding betreft:
- o dat x % van de aanwezigen bij navraag 6 maanden later van mening blijkt te zijn dat de kans op het krijgen van een hartinfarct door o.a. juist voedingsgedrag kan worden verkleind;

als concretisering van een deel van doel 14:
- o dat x % van de aanwezigen als broodbesmering (alleen) dieetmargarine gebruikt.

Bij de laatste formulering moet x aanzienlijk lager worden gesteld omdat het hier gaat om gedrag, dat slechts ten dele door communicatie te beïnvloeden is.

b. Doelgroepen

Vrijwel unaniem komt bij de inventarisatie van doelgroepen naar voren 'de Nederlandse huisvrouw', dit in verband met haar spilfunctie in de voedselverzorging in gezinnen. Het gaat dan om bijna 4 miljoen personen. Nu is een dergelijke doelgroep zó heterogeen van samenstelling, geaardheid, interesse etc. dat het onmogelijk is te komen tot één boodschapformulering en benadering.

Een segmentatie is mogelijk aan de hand van de eerdergenoemde criteria:

a. gegevens naar aanleiding van het doel, i.c. voedings- en gezondheidsgedrag;
b. bereikbaarheid via communicatiekanalen;
c. sociale structuren en diffusiemogelijkheden.

Enkele mogelijke vragen zijn dan:

Ad a. Naar aanleiding van het doel

Is het doel het bewust maken van het verband tussen weinig beweging, vet eten, roken en lichamelijke ongezondheid, dan zou segmentatie gebaseerd kunnen zijn, op:

o huidige ideeën rond deze problematiek;
o opvattingen over de eigen situatie in dit verband ('loop weinig risico, want eet weinig, niet vet, rook niet');
o de mate waarin men deze situatie als een probleem ervaart;
o de houding tegenover gesuggereerde alternatieven e.d.

Dit type vragen leidt tot een segmentatie op grond van de mate van veronderstelde ontvankelijkheid voor de voorlichting. Omdat dit soort gegevens vrijwel nooit beschikbaar is, is segmentatie op basis hiervan slechts mogelijk na (eigen) onderzoek onder de doelgroep.

Ad b. Naar aanleiding van de bereikbaarheid via communicatiekanalen

We kunnen hierbij denken aan bereikbaarheid via bepaalde organisaties:

o in welke (georganiseerde) situaties treffen we huisvrouwen aan;
o zijn er in die situaties mogelijkheden voor voorlichting;
en via bepaalde persmedia;
o welke media lezen de nederlandse huisvrouwen, [65]
o naar welke radio-/t.v.-programma's kijken/luisteren zij?

Daarbij doet zich wel de vraag voor hoe homogeen deze subgroepen zijn ten aanzien van de onder a genoemde criteria.

Ad c. Naar aanleiding van sociale structuren en diffusiemogelijkheden

o zijn er huisvrouwen te identificeren die op voedingsterrein voor anderen als opinieleider fungeren? Zo ja, wat zijn hun kenmerken?
o hoe staan deze opinieleidsters tegenover de onder a. genoemde punten?
o aan wie ontlenen huisvrouwen (nieuwe) ideeën over voeding?

Idealiter is een deel van deze vragen al in de eerste fase van de strategiebepaling beantwoord.

Duidelijk is dat de Hartstichting vooral het criterium van georganiseerde

bereikbaarheid met mogelijkheden voor voorlichting heeft laten prevaleren. Daarnaast spelen mee de veronderstelde mogelijkheden van diffusie naar de overige gezinsleden.

6.4.3. *Inhoud*

6.4.3.1. Algemeen

De inhoud van de voorlichting vloeit voort uit inzicht in het probleem, m.n. in de factoren die tot het probleem aanleiding geven. Niet het feit van te hoge sterfte aan hart- en vaatziekten of inadequaat voedingsgedrag op zichzelf moet de inhoud bepalen, maar de factoren die remmend of juist bevorderend werken op het verwerven van adequaat voedingsgedrag. De boodschapformulering is daarnaast ook afhankelijk van doel en doelgroep. Welke selectie een voorlichter maakt uit alle mogelijke aspecten rond de preventie van hart- en vaatziekten, hangt ermee samen of het doel is geformuleerd in termen van bewustmaking, van kennisvergroting, van overtuigen en tot een andere houding brengen of dat het doel is reeds gemotiveerden de laatste aanzet tot handelen te geven. Dit geldt zowel voor doelgroepen van cliënten als voor die van functionarissen.

We onderscheiden de inhoud naar haar aard in:

a. bewustmakend;
b. informerend;
c. adviserend;
d. overredend.

Afstemmen van de boodschap op de doelgroep houdt meer in dan taalgebruik en moeilijkheidsgraad aan leeftijd en ontwikkeling aanpassen. De voorlichter dient na te gaan wat de boodschap voor deze doelgroep zeer concreet zou moeten betekenen, d.w.z. welke nieuwe kennis verwacht hij na de voorlichting, welk gedrag etc?

Aan de formulering van de boodschap wordt in de huidige voedingsvoorlichting de nodige aandacht gegeven. Het probleem daarbij is dat men als voorlichter zo dicht op de (voedings)problematiek komt te zitten dat de nodige relativering gaat ontbreken. Voor de 'ontvanger' is voeding slechts één facet van een veelzijdig leven. Een te sterk eruit lichten van dit ene facet, of zelfs van onderdelen ervan, bergt het gevaar in zich dat 'ontvangers' de verscheidenheid aan voorlichtingsboodschappen niet meer weten te integreren: noten zijn 'goed' snoep (in folder cariëspreventie) maar in verband met het vrij hoge vetgehalte 'te vermijden' als men het over het voorkómen van hart- en vaatziekten of obesitas heeft.

Het is onbekend of en in hoeverre een boemerangeffect optreedt, wanneer verschillende zeer probleemspecifieke voedingsboodschappen eenzelfde cliënt bereiken.[66]

Voor voedingsvoorlichting die zich richt op gezonde personen, dus ook in het kader van preventie van hart- en vaatziekten, lijkt een boodschapformulering van algemeen adequaat voedingsgedrag de voorkeur te verdienen boven het sterk benadrukken van details die specifiek van belang zijn in verband met hart- en

vaatziekten. Dit geldt uiteraard niet bij een doelgroep van bijv. hartpatiënten en hun gezinsleden; dan wordt de boodschap veel specifieker.

Ter *samenvatting* fig. 15c.

Inhoud
a. bewustmakend
b. informerend
c. adviserend
d. overredend

FIG. 15c. Strategiebepaling: soorten inhoud.

6.4.3.2. *Inhoud:* het project 'Leef lang en lekker' van de Nederlandse Hartstichting

In het project 'Leef lang en lekker' is de inhoud afgestemd op het feit dat het publiek dat komt groepen huisvrouwen zijn, die veelal in verenigingsverband de avond bijwonen. [67] Hoewel het gevraagde voorlichting betreft, gaan de diëtistes er in hun boodschap terecht niet van uit dat het allen vrouwen betreft die gemotiveerd zijn tot verandering en slechts aanvullende informatie behoeven. Integendeel, men weet vaak niet meer dan 'dat er een diëtiste van de Hartstichting komt'. De diëtiste haakt hierop in door iets over de Hartstichting en haar eigen activiteiten te vertellen. Dit onderdeel van de boodschap is afgestemd op een doel dat door alle activiteiten meespeelt nl. de bekendheid met en goodwill voor de Hartstichting versterken.

De verscheidenheid aan soorten doelen, genoemd in 6.4.2.2. weerspiegelt zich in de inhoud: veelzijdig en voor welk wat wils. [68]

Dit moge blijken uit de volgende trefwoorden voor de inhoud:
- wat is en doet de Hartstichting en waarom is dit belangrijk?
- risico-factoren voor hart- en vaatziekten;
- wat is er via voeding aan te doen: wat doen we nu verkeerd, hoe kan het beter?

Het is duidelijk dat de boodschap als bewustmakend, informerend, adviserend en overredend tegelijk is bedoeld, met nadruk op informatie en advies. Er worden vele, zeer concrete en praktische adviezen gegeven. Niet duidelijk is hoeveel deelneemsters aan dergelijke suggesties 'toe zijn', d.w.z. gemotiveerd om ze ook op langere termijn uit te voeren. De resultaten op korte termijn, na vier weken, geven aanleiding tot enig voorzichtig optimisme (zie het in deel I beschreven evaluatieonderzoek).

Het betreft echter beweerd gedrag en gegevens na verloop van langere tijd zijn onbekend.

Met betrekking tot de specificatie van de boodschap is opgemerkt dat deze bij een algemeen publiek niet te sterk dient te zijn, omdat het gevaar van afschuiving toeneemt en de strijdigheid met overige voorlichtingsprogramma's

nadelig werkt, zowel op de gepercipieerde betrouwbaarheid als op effecten.

Anderzijds creëert alleen het feit dat de voorlichting van de Hartstichting afkomstig is, verwachtingen van ingaan op hart- en vaatziekten. De voorlichter dient zich bewust af te vragen in hoeverre die verwachtingen gehonoreerd moeten worden. Een te sterk ingaan op hart- en vaatziekten in de zin van 'wat te doen als hartpatiënt?' werkt in tegen de strekking van de voorlichtingsboodschap dat het gaat om preventie en dus juist om de velen die (nog) geen hartpatiënt zijn.

6.4.4. *Methodiek*

6.4.4.1. Algemeen

Onder methodiek verstaan we zowel de voorlichtingsmethoden die gebruikt worden, de media en middelen, als de wijze waarop de methoden en de middelen worden gehanteerd.

Een veelgemaakte onderscheiding van methoden is die in methoden waarbij men:

a. zich richt op een groter publiek via massacommunicatie;
b. zich richt op en werkt met groepen;
c. zich richt op en werkt met individuen.

a. Massacommunicatie

Methoden waarmee een voorlichter doelgroepen kan bereiken, zijn:
- massamedia als radio, t.v., tijdschriften, kranten e.d.;
- gespecialiseerdere media voor een kleiner, geselecteerder publiek;
- massabijeenkomsten.

De kenmerken van massacommunicatie zijn in relatie tot voedingsgedrag besproken in 3.4.1. Massacommunicatie houdt in de meeste gevallen eenrichtingsverkeer in, al kan men door het creëren van mogelijkheden tot reageren feedback proberen te krijgen.

Een ander kenmerk is dat het een groot en heterogeen publiek bereikt. Dit geldt het sterkst voor de massamedia, ook voor de massabijeenkomsten, hoewel het publiek zich daarbij al selecteert en in nog iets mindere mate voor de gespecialiseerde media.[69]

Naarmate de doelgroep kleiner in aantal en homogener van samenstelling wordt, zijn massamedia minder en gespecialiseerde media meer geëigend (bijv. bij doelgroep in één professie).

De mogelijkheid aan te sluiten bij wat voor de doelgroep relevant is, is echter op bijeenkomsten in kleine groepen en bij individuele voorlichting uiteraard veel groter.

Dit overwegend kan men stellen dat het gebruik van massacommunicatie slechts zinvol is als het doel is:
- stimuleren dat ergens over gepraat gaat worden;
- in korte tijd een groot aantal mensen over iets informeren;
- de publieke opinie attent maken op bepaalde problemen;
- interesse opwekken;

– deelname aan een eenmalige actie verwerven;
– *een groot aantal al tot gedragsverandering gemotiveerde mensen hiertoe concrete richtlijnen geven.*

Uit deze opsomming valt al op te maken dat massacommunicatie zich qua inhoud niet beperkt tot één soort; zowel bewustmakende, informerende, adviserende als overredende boodschappen komen voor.

b. Groepsmethoden

Deze zijn te gebruiken wanneer een zekere interesse ontstaan is, dus wanneer de doelen liggen op het vlak van:
– vergroting van kennis m.b.t. meer complexe onderwerpen (waarin ook anderen zijn geïnteresseerd);
– vergroting van inzicht in gezondheidsproblemen en de mogelijkheden deze op te lossen;
– bewustwording van de eigen houding t.o.v. deze problemen;
– bewustwording van groepsnormen hieromtrent;
– verandering van eigen gevoelens en houdingen;
– verandering van groepsnormen;
– verandering van gedrag.

Voorlichting gericht op een doelgroep waarvan bekend is dat daarin bepaalde gezondheidsproblemen nog niet als een eigen probleem ervaren worden, zal zich *in de methodiek vooral op deze bewustwording moeten richten.* Dit betekent waar mogelijk groepsmethoden om op deze manier gebruik te kunnen maken van de enkele leden van de doelgroep die dit wél doen of, zo dit niet het geval is, aan te kunnen sluiten bij wel ervaren problemen.

Een doelgroep die zelf om voorlichting vraagt, heeft vermoedelijk al een grotere betrokkenheid bij bepaalde problemen. Het is echter wel raadzaam voor men tot een bepaalde methodiek besluit, na te gaan in hoeverre de betrokkenheid van de vragers ook geldt voor de anderen voor wie zij zeggen te spreken. Blijkt dit in hoge mate zo te zijn, dan zijn intensievere vormen van groepsmethoden mogelijk. De grens tussen voorlichting en sommige vormen van opbouwwerk wordt hier overigens als een vloeiende gezien.

Naast de mate van probleembewustzijn en gemotiveerdheid tot verandering bepalen meer kenmerken van de doelgroep de methodiek: opleiding, leeftijd, sociale status, beschikbare tijd, homogeniteit etc. Ook groepsmethoden kunnen alle soorten inhoud in zich verenigen.

c. Individuele methoden

Tot het gebruik van individuele methoden kunnen dezelfde doelen als genoemd bij de groepsmethoden aanleiding geven, nl. wanneer:
– het gaat om kennis, houding of gedrag met een sterke 'privacy' component;
– de doelen slechts gelden voor die personen, niet voor anderen;
– de persoonlijke kenmerken van een persoon of situatie een specifiekere afstemming van de voorlichting nodig maken.

Daarnaast passen individuele methoden daar waar een vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd of in stand gehouden. Dit geldt voor leden van een publieksdoelgroep die niet via groepsmethoden tot een dergelijke vertrouwensrelatie komen en in nog sterkere mate voor beleidsbepalende vertegenwoordigers van de intermediaire doelgroepen.

We hanteren hier wat in hoofdstuk 2. bij de theorieën rond gedragsverandering naar voren is gekomen, nl.:
- voor het veranderen van gedrag is een niet onaanzienlijke mate van persoonlijke betrokkenheid vereist;
- deze betrokkenheid kan opgeroepen worden door o.a. het creëren van dissonantie en inconsistentie;
- bij aanwezigheid van persoonlijke betrokkenheid kunnen mensen tot gedragsverandering komen door consequente toepassing van leertheoretische principes.

Interesse is een noodzakelijk ingrediënt voor persoonlijke betrokkenheid. Massacommunicatie kan dus de eerste stap van een veranderingsproces inluiden. Het is echter geen voldoende ingrediënt. Groeps- en individuele methoden zijn nodig om interesse om te zetten in een werkelijk voor zichzelf ervaren dissonantie die dan een vruchtbare bodem vormt voor veranderingsprocessen. Leertheoretische noties kunnen in dit stadium van op zichzelf betrokken geïnteresseerdheid deze processen stimuleren. Daarbij is van massacommunicatie, groeps- en individuele methoden gebruik te maken.

Vooralsnog is niet geheel duidelijk of het mogelijk is via massacommunicatie deze persoonlijke betrokkenheid te creëren.

Bij alle methoden zijn talloze media en middelen te gebruiken: radio, t.v., film, toneel, affiches, tekeningen, lesbrieven, foto's, dia's, overheadprojector, flapover etc.

Voor de keuze van media en middelen is het belangrijk op de hoogte te zijn van de specifieke mediumeigen kenmerken, voorwaarden en mogelijkheden. Wij gaan er hier niet op in in verband met de uitgebreidheid van het terrein en de beschikbaarheid van andere literatuur op dit gebied (zie bijv. SCHRAMM, 1973: 115-120; STAPPERS, 1966: 68-79).

Samenvatting

Methodiek

1. massacommunicatie
   a. massamedia
   b. massabijeenkomsten
   c. gespecialiseerde media
2. groepsmethoden
3. individuele methoden

FIG. 15d. Strategiebepaling: soorten methoden.

6.4.4.2. *Methodiek*: het project 'Leef lang en lekker' van de Nederlandse Hartstichting

In het project 'Leef lang en lekker' is de hoofdmethodiek de massabijeenkomst; twee vormen hiervan, de lezing en een zg. kookbijeenkomst zijn in het in deel I weergegeven onderzoek vergeleken.

Incidenteel, bijv. wanneer een groep familieleden hierom vraagt, is sprake van een groepsbijeenkomst. De methodiek is hierop echter niet afgestemd, d.w.z. de diëtistes zijn niet getraind of ervaren in het werken met kleine groepen of het hanteren van groepsmethoden. Dit lijkt bij beschouwing van de doelen waarvoor groepsmethoden geschikt zijn, in het algemeen ook (nog) weinig zinvol. In vele gevallen moet namelijk niet alleen de interesse voor de problematiek van hart- en vaatziekten maar vooral de relatie met het eigen voedingsgedrag nog gewekt worden. De verwachting van een sterkere betrokkenheid en daardoor van een groter effect door actieve participatie bleek zoals vermeld, niet bevestigd te worden, enerzijds doordat slechts de helft van het publiek echt tot actief deelnemen kwam.
Anderzijds kan men vermoeden – maar dit is niet getoetst – dat om profijt te kunnen trekken van het actief zelf doen, wat in feite het aanleren van vaardigheden is, ook al een zekere geïnteresseerdheid en de wil tot leren van de vaardigheden aanwezig moet zijn.

Gezien de gebruikte en in de huidige situatie niet zonder veel extra mankracht en opleiding te veranderen methodiek lijkt een herbezinning op de doelen noodzakelijk.

Anderzijds, wanneer de Hartstichting zich het bereiken van verandering van voedingsgewoonten, met andere woorden van blijvende veranderingen in het gedrag van het publiek tot primair doel blijft stellen, dan is de vraag of de massamethoden wellicht in tweede instantie kunnen worden aangevuld met groepsmethoden, het overwegen sterk waard.

Het bereik van groepsmethoden is uiteraard geringer, maar bij afweging dient men te rekenen met de kosten per 'succes' cliënt, d.w.z. die cliënt waar de voorlichting niet alleen is aangekomen (als de folder in de brievenbus) maar waar deze het gewenste resultaat (is in dat geval gedragsverandering) heeft gehad.

Ook ondersteuning van de voorlichtingscampagne via gespecialiseerde media, met name gericht op doelgroepen in de professionele (gezondheids-) sector is een vermoedelijk zinvolle aanvulling, gezien de gebleken tegenkrachten in deze sector. Op lokaal niveau is bij een dergelijke situatie een persoonlijk gesprek met de desbetreffende gezondheidswerker het meest geëigend.

6.4.5. *Structuur van de voorlichtingsorganisatie*

6.4.5.1. Algemeen

Voorlichting speelt zich niet af in een vacuüm. Bestaande structuren van (voorlichtings)organisaties, maatschappelijke structuren en de wijze waarop Nederland deel uitmaakt van grotere systemen (EEG, mondiaal) bepalen de wijze waarop de voorlichting gestalte kan krijgen.

Zelfs bij een inperking tot de kleinste van genoemde structuren, die van de voorlichtingsorganisatie, blijkt al hoe complex die invloeden zijn. Het gaat namelijk niet alleen om de voor voorlichting beschikbare mankracht en middelen, maar elke fase in het opstellen van een voorlichtingsprogramma kent de invloed van de structuur van de organisatie waarbinnen voorlichters werken.

De definiëring van wat problemen en behoeften zijn, het op basis hiervan formuleren van doelen en doelgroepen, de vormgeving van de boodschap etc. het hangt nauw samen met de structuur van de organisatie. Ook de rolopvattingen, ethische normen over wat kan en niet kan in een bepaalde rol (i.c. voorlichter) worden sterk door de organisatie bepaald.

Sommige auteurs hebben geprobeerd de implicaties voor 'social change agents' van relaties tussen diverse kenmerken van organisaties en de structuur aan te geven. Zo geeft ROTHMAN (1974) 24 generalisaties over relaties tussen de structuur van een organisatie en kenmerken als: de relatie tot de omgeving, doelen, grootte, personele samenstelling, technologische geaardheid e.d. Het maakt voor een voorlichter een groot verschil of hij werkt in een organisatie die zich behoud van de organisatie primair tot doel stelt ('maintenance goals') dan wel z'n bestaansrecht nog bewijzen moet en derhalve zichtbare resultaten tot eerste doel heeft.

De organisatie op haar beurt heeft als onderdeel van grotere systemen met prioriteiten daarvan te maken. Op het moment dat werkgelegenheid een politiek en maatschappelijk belangrijk criterium is, heeft een voorlichtingsorganisatie hiermee te maken.

KOTLER (1972, 1973) onderscheidt een aantal rollen die vervuld moeten zijn, wil een organisatie die zich richt op sociale verandering, kunnen functioneren. Omdat het hier gaat om basisfuncties, die vervuld moeten worden, ook wanneer de organisatie zich alleen met voorlichting zou bezighouden, geven we ze hier onverkort weer. In feite zijn het functies die in elke voorlichtingsstrategie voorkomen, al is het goed mogelijk dat bij kleine organisaties of projecten meer functies door één persoon worden waargenomen (bijv. de werkers zijn gelijk de bestuurders).

Samenvatting

Structuur voorlichtingsorganisatie.

1. leiders
   a. bestuurders
   b. voorvechters
   c. financiers
   d. deskundigen
   e. administrateurs
   f. organisatoren
2. supporters
   a. werkers
   b. geldgevers
   c. sympathisanten

FIG. 15e. Strategiebepaling: te vervullen functies binnen voorlichtingsorganisaties.

We zullen in het volgende nagaan of deze functies bij de Hartstichting vervuld zijn.

6.4.5.2. *Structuur voorlichtingsorganisatie:* de Nederlandse Hartstichting

Onder de vele organisaties in Nederland die op het gebied van g.v.o. actief zijn, behoort de Nederlandse Hartstichting tot de landelijk werkende, uit particulier initiatief ontstane organisaties, die zich op een bepaald gezondheidsprobleem richten. Zij is wat dit betreft vergelijkbaar met het Astmafonds, het KWF (kankerbestrijding), het Reumafonds e.d.

In de ideaalschets van 'een structuur voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' (1974, zie 6.3.) zouden de werkzaamheden van deze organisaties, voorzover betrekking hebbend op g.v.o. worden gecoördineerd door een Nationaal Instituut voor G.V.O. De huidige structuur is er, evenals in 1974, een van vele enthousiaste, naast en soms langs elkaar werkende organisaties die elk afzonderlijk meer of minder systematisch doelen, doelgroepen, inhoud en methodiek van de voorlichting vaststellen.[70]

Deze verbrokkelde structuur is een belangrijke handicap voor pogingen tot een planmatige aanpak van bijv. voedingsvoorlichting. Wil men als onderdeel van een strategie van voedingsvoorlichting massamedia en interpersoonlijke communicatie op elkaar afstemmen, dan is samenwerking van diverse organisaties een vereiste.

In de Hartstichting zijn alle in 6.4.5.1. genoemde functies terug te vinden; bij de deskundigen is zelfs niet alleen sprake van wat KOTLER noemt 'technicians' maar men zou hierbij ook de wetenschappelijke deskundigen, verenigd in de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) dienen te vermelden.

De supportersfuncties, die gestalte hebben gekregen in de Vereniging Vrienden van de Hartstichting, worden vervuld in een netwerk van afdelingen dat zich tot in de kleinste plaatsen van Nederland uitstrekt. Dit heeft de merkwaardige consequentie dat, naarmate de supporters verder van de 'moeder'organisatie af komen te staan, de organisatie zich in haar voorlichtingsactiviteiten mede richt op de supporters, en deze beschouwt als doelgroepen. Het project 'Leef lang en lekker' is mede op verzoek van supporters (werkers) ontstaan, o.a. ter beïnvloeding van gelddonors en sympathisanten. Overigens is een voorlichtingsprogramma, mede bedoeld om goodwill te verkrijgen binnen de organisatie zelf, niet ongebruikelijk.

Het project functioneert vrij onafhankelijk van de centrale organisatie, ook doordat gebruik wordt gemaakt van free-lance diëtistes. De relatie met het centrale bureau loopt officieel rechtstreeks via de medisch directeur die 3-4 keer per jaar de algemene diëtistenvergadering voorzit. Frequentere (telefonische) contacten zijn er met secretariaat en administratie.

Via de medisch directeur bestaat tegelijk een verbinding tussen het project en de subcommissie voorlichtingsproblematiek van de WAR, waarvan deze secretaris is.

Bij een groter project is een dergelijke rechtstreekse verbinding niet meer

haalbaar en zullen tussenschakels moeten worden opgebouwd; inmiddels is een coördinerend diëtiste aangesteld, die tevens op het Voorlichtingsbureau voor de Voeding werkzaam is. Bovendien is per 1 maart 1977 een voedingsdeskundige aangesteld ter coördinatie en organisatie van de voedingsvoorlichtingsactiviteiten van de Hartstichting.

Het volgende organisatieschema geeft de structuur van de Hartstichting weer:

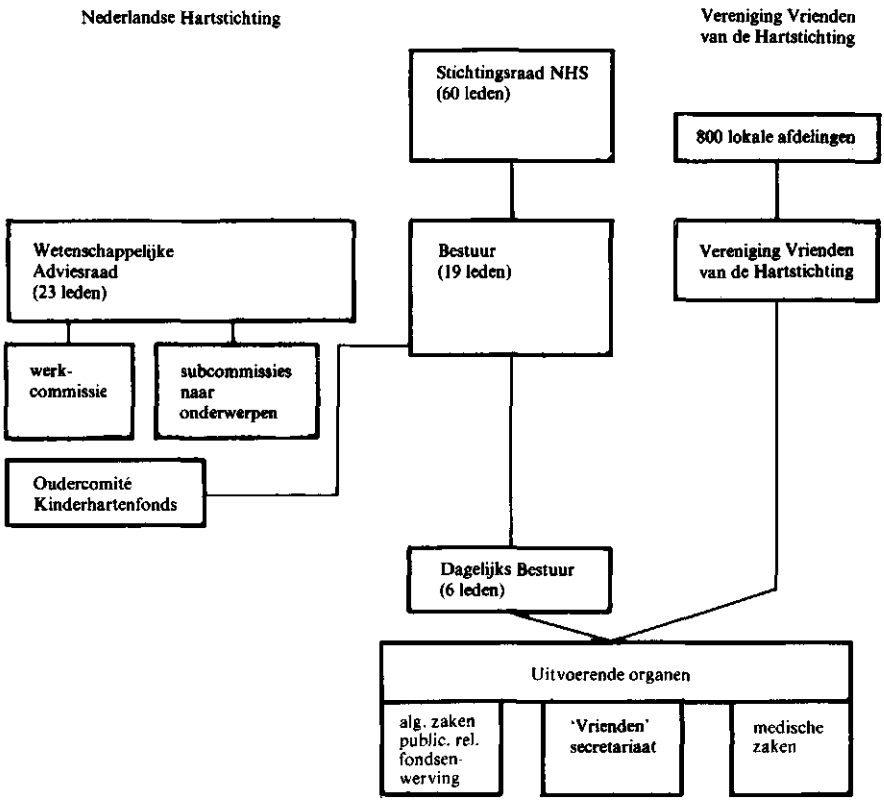


FIG. 15f. Organisatiestructuur Nederlandse Hartstichting in 1976.

6.4.6. *Evaluatie*

6.4.6.1. Algemeen

In het schema aan het einde van dit hoofdstuk is evaluatie niet als apart blok, maar als een band om en deels door de vier kernelementen, opgenomen. Dit is gebeurd omdat het hier evenals bij planning, gaat om een doorlopend proces van terugkoppeling van via onderzoek of anderszins verkregen gegevens.

SUCHMAN (1969) maakt het onderscheid tussen 'evaluation' en 'evaluative research', waarbij hij de laatste het gebruik van sociaal-wetenschappelijke on-

derzoekmethoden toeschrijft. Het onderscheid is gradueel; men kan bij alle vormen meer of minder wetenschappelijk gefundeerd te werk gaan. Hij onderscheidt daarbij vijf punten waar men bij een evaluatie op kan letten:

a.	de inbreng in het programma	('input, effort')
b.	de resultaten	('performance')
c.	het toereikend zijn daarvan	('adequacy')
d.	de efficiëntie = de verhouding inbreng/resultaten	('efficiency')
e.	het proces = het hoe en waarom van succes of falen	('process')

Is de *inbreng* in een programma meestal nog wel te registreren, al gebeurt dit zelden systematisch, bij de *resultaten* komt al direct de vraag op in hoeverre deze aan het programma toe te schrijven zijn, dan wel op rekening komen van buiten het programma liggende factoren. Een aan praktijkomstandigheden aangepaste vergelijking met een zo goed mogelijke controlegroep kan de informatie hieromtrent objectiever maken.

Of de resultaten *toereikend* zijn, gelet op hun bijdrage aan de algemene doelen op langere termijn (de 'sociale' doelen 6.4.2.) is geen zaak van objectieve gegevens; het is afhankelijk van de – tevoren gestelde! – norm. Dit zelfde geldt voor de *efficiëntie*, al is daarbij enige objectivering mogelijk door deze norm op te stellen in overeenstemming met wat in eerdere soortgelijke programma's is bereikt.

Ook de *proces-evaluatie*, waarbij wordt bijgehouden wat en hoe er precies in het programma is gewerkt, kan ideeën geven ten aanzien van de efficiëntie. Vaak wordt een procesevaluatie gebruikt als middel tot controle en bijsturing, al tijdens het programma, wat bij juiste toepassing het uiteindelijke resultaat ten goede komt.

Een nadeel van dergelijke interveniërende evaluatie is dat beoordeling van het oorspronkelijke programma niet (meer) mogelijk is, terwijl ook methodenvergelijkingen moeilijk zijn.

Een laatste, veelgebruikte vorm van evaluatie is die waarbij men het *oordeel* van de doelgroep (vaak cliënten) over de voorlichting vraagt. Hierdoor komt de evaluator iets te weten over de houding tegenover de voorlichting, wat van belang is voor de gehele benadering. Een gunstig oordeel garandeert echter niet dat gewenste effecten zijn of worden bereikt.[71] Deze zg. waarderingsevaluatie kan dan ook een effectevaluatie niet vervangen.

Om de kans zo groot mogelijk te maken dat de resultaten van een evaluatie ook werkelijk in het programma (kunnen) worden ingebouwd, is aan te raden dat de evaluator zich bij voorbaat de vragen stelt:

– voor welke beslissingen wil de voorlichter via evaluatie een keuze mogelijk maken?
– wat moet hij dan nog voor informatie hebben?
– hoe is deze informatie via evaluatie te verkrijgen?

Bij de meeste voedingsvoorlichtingsprojecten is het budget voor externe (=

dure) evaluatiestudies beperkt. De voorlichtingsinstantie zal zelf evaluatie zo goed mogelijk dienen te realiseren, óf door inschakeling van de eigen evaluatiespecialist (indien aanwezig) óf doordat de voorlichters het zelf in hun werk opnemen.

Tegenover het voordeel van een grotere objectiviteit en daardoor mogelijk kritischer blik van een externe evaluator staan in dit geval de voordelen van een mogelijk grotere toepasbaarheid van de resultaten, niet in het minst door een grotere betrokkenheid bij de evaluatie.

Daarentegen worden gebrek aan tijd en aan scholing in evaluatiemethodieken als een handicap voor het zelf uitvoeren van evaluatie aangevoerd. Waar dit gebeurt, blijkt vaak de opvatting van evaluatie als een eenmalig (achteraf)gebeuren te bestaan; als gezegd zien wij het begrip ruimer. Wie ook evalueert, essentieel is dat het vanaf het begin van de opzet van het programma gebeurt; een verklaring voor een later blijkend gebrek aan effect kan bijv. al te vinden zijn in een onjuiste vertaling van informatie naar doelen.

Samenvatting

Evaluatie
a. effect
b. adequaatheid
c. efficiëntie
d. proces
e. waardering

FIG 15g. Strategiebepaling: soorten evaluatie

6.4.6.2. *Evaluatie:* de voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting

In het project 'Leef lang en lekker' is het de bedoeling dat de diëtistes van elke bijeenkomst noteren hoe de middag of avond verlopen is, welke vragen er gesteld zijn en eventuele bijzonderheden en deze notities opsturen naar het centrale bureau. Dergelijke gegevens vormen, mits systematisch bijgehouden en verwerkt, een vorm van waarderings- en procesevaluatie. Aan sommige van de gestelde vragen is ook enig inzicht te ontlenen in de mate waarin het overdragen van de boodschap is gelukt, een onderdeel van een effectevaluatie. Het zou aanbeveling verdienen wanneer deze beschikbare informatie meer gebundeld en gebruikt zou worden.

Een tweede, meer indirecte vorm van waarderingsevaluatie is te kijken naar de wijze waarop aanvragen voor bijeenkomsten tot stand komen. Dit is in zeer vele gevallen een gevolg van mond-tot-mondreclame (geholpen wellicht door het feit dat aan de komst van de diëtiste voor de organiserende vereniging geen kosten verbonden zijn).

Tot het moment dat de Hartstichting (in 1973) begon te de denken over een methodenvergelijkend onderzoek, dat tevens informatie over het effect van de voorlichting moest geven, was van geen andere vormen van evaluatie sprake dan van bovengenoemde.

Het door schrijfster als externe evaluator uitgevoerde onderzoek is in hoofdzaak een *effect*vergelijking tussen twee voorlichtingsmethoden geweest: lezing en kookbijeenkomst. Het effect van beide methoden was een niet onaanzienlijke verandering in kennis en gerapporteerd gedrag vier weken na de voorlichting, wat gezien het eenmalige karakter van de voorlichtingsbijeenkomst niet ongunstig mag worden genoemd. Goed vergelijkbare gegevens die deze kwalificatie meer achtergrond zouden kunnen geven, ontbreken ons echter.

Ook de *waardering* van de doelgroep, i.c. de deelneemsters is nagegaan. Dit leverde voor de lezingen een gemiddeld rapportcijfer van 7,72 en voor de kookbijeenkomsten 8,08 op, een iets, maar niet significant hogere waardering voor de kookbijeenkomsten.

Door bijwonen en het via een observatielijst 'verslaan' van de 20 in het onderzoek betrokken bijeenkomsten is eveneens inzicht verkregen in het voorlichtings*proces*. Op deze wijze is bijv. te begrijpen waarom bij de zg. 'actieve' kookbijeenkomsten gemiddeld slechts de helft van de deelneemsters zelf echt actief was: stoelopstelling, introductie door bestuur én diëtiste, beschikbare ingrediënten e.d.

Wat betreft de *toereikendheid* van de resultaten is op te merken dat het project, gezien de voor het project aangewende – toch vrij beperkte – middelen niet meer kan zijn dan de bekende druppel op de gloeiende plaat. Maar zoals bij de doelformulering is gesteld, is het onjuist een voorlichtings- en dus communicatieproject te beoordelen naar het al dan niet bereiken van algemene sociale doelen. Het gaat om de bijdrage die dit project levert aan de realisering van algemene doelen, rekening houdend met de bijdrage die van communicatie mogelijk is. In 6.4.6.1. is gezegd dat hiervoor een norm gesteld moet wortden, wat in het geval van de Hartstichting niet is gebeurd. Dit is overigens niet ongebruikelijk, mede doordat aan voorlichtingsprojecten vaak impliciet of expliciet andere dan de algemene sociale doelen worden gekoppeld. Bij het project 'Leef lang en lekker' is dit expliciet gesteld als: het kweken van goodwill dan wel het versterken van banden met de afdelingen. Wanneer deze doelen een hoge prioriteit hebben, moeten ze in de vraag naar de toereikendheid per se worden opgenomen en dient niet alleen gelet te worden op de bijdrage die communicatie kan leveren aan de preventie van hart- en vaatziekten.

Voor de *efficiëntie* de verhouding tussen inbreng en resultaten, geldt hetzelfde als voor de toereikendheid, nl. dat geen norm is gesteld, vooral ook doordat gegevens van vergelijkbare projecten ontbreken. Wel bestaat de indruk dat deze kosten/batenverhouding zeker niet ongunstig zal afsteken bij evt. soortgelijke projecten, omdat:

a. de resultaten als vermeld niet ongunstig zijn.
b. gewerkt word door free-lance diëtistes, waardoor de financiële inbreng van de organisatie in het project aanzienlijk lager kan liggen dan bij vaste medewerksters het geval zou zijn.

De kosten van een externe evaluator, gedurende twee jaar, komen niet volledig op rekening van dit project, omdat de inzichten die in de loop van het onderzoek zijn ontstaan, hebben geleid tot suggesties voor een voedingsvoor-

lichtingsbeleid die de grenzen van het huidige project ruim overschrijden: keuze van doelgroepen en wijze van benadering daarvan; methodiek; structuur waarin gewerkt wordt (coördinerend diëtiste).

Bovendien lijkt de wijze waarop in het onderzoek gestreefd is enkele principes van actieonderzoek te realiseren, ertoe te leiden dat de diëtistes hun betrokkenheid bij het werk nog meer dan voorheen in constructief handelen omzetten: regionaal overleg is geïntensiveerd en op algemene vergaderingen geuite initiatieven worden in kleinere groepen uitgewerkt.

De terugkoppeling naar het centrale bureau is echter nog een punt voor verdere aandacht. De noodzaak van meer systematisch in het werk ingebouwde terugkoppeling – vanuit de doelgroepen naar de diëtistes, van hen naar het centrale bureau en omgekeerd – is gedurende het evaluatieonderzoek duidelijk

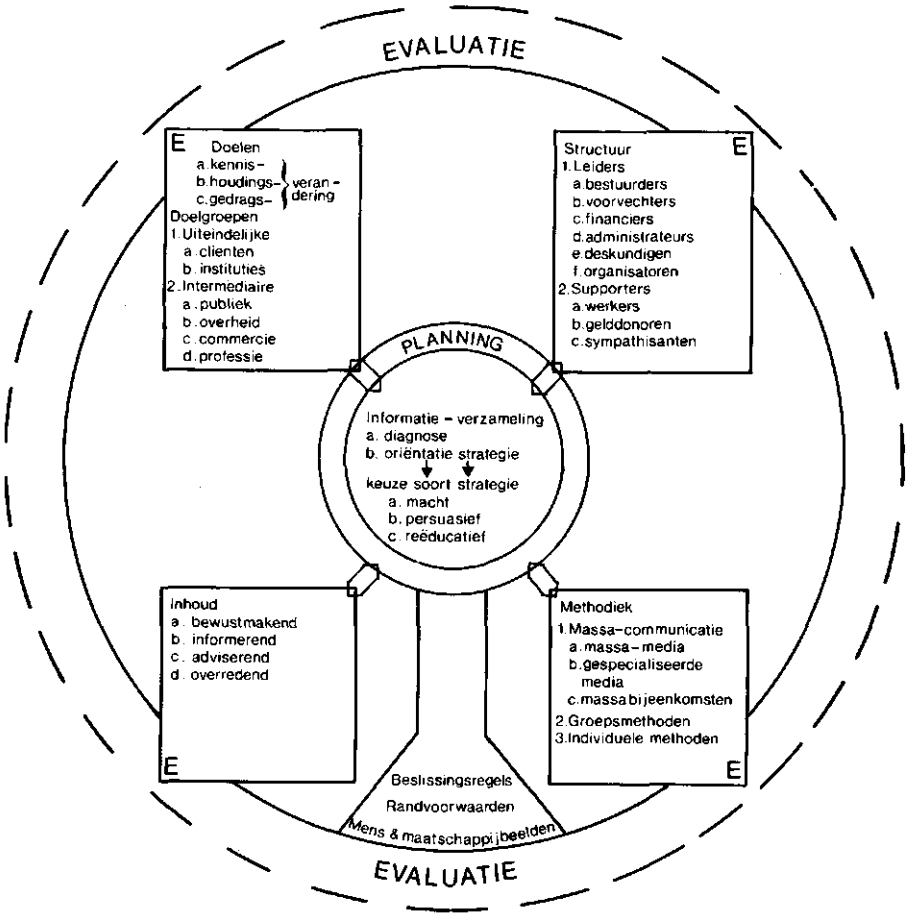


FIG. 15. Strategiebepaling: overzichtsschema.

naar voren gekomen. Via de mede door het onderzoek gestimuleerde aanstelling van een coördinator kan in deze behoefte worden voorzien.

Vatten we nu alle in de loop van 6.4. gegeven deelschema's samen, dan komen we tot het totaalschema van fig. 15. Hierin komen alle besproken elementen van de opzet van strategieën van voedingsvoorlichting geïntegreerd naar voren.

In bijlage I tenslotte hebben we de vele overwegingen met betrekking tot de opzet van voorlichtingsstrategieën die in de loop van dit literatuurverslag naar voren zijn gebracht, gebundeld. Dit is gebeurd in de vorm van trefwoorden, volgens de structuur van dit laatste schema. De 'checklist' is besproken met een aantal g.v.o.-consulenten en anderen belast met het opzetten van voedingsvoorlichtingsstrategieën, en aan hun ervaring en ideeën aangepast. Hopelijk is met deze lijst een aanzet gegeven tot een zinvol hulpmiddel bij een meer systematische opzet van voedingsvoorlichtingsstrategieën.

6.5. SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

In deze paragraaf zullen enige suggesties voor verder onderzoek worden gedaan, mede gebaseerd op de in de loop van het onderzoek gebleken lacunes. Overeenkomstig het doel van de gehele literatuurstudie is hier weergegeven dat type onderzoek dat een voorlichter van dienst kan zijn bij de opzet van een voorlichtingsprogramma.

Gaan we uit van het in fig. 15 weergegeven schema met als eerste fase van de strategiebepaling de probleemdiagnose en een oriëntatie op de soort strategie, dan doet zich als eerste terrein waarop dringend behoefte is aan meer informatie dat van *de ontwikkeling van voedingsgedrag* voor. Het onderzoek hiernaar zal de meest zinvolle aangrijpingspunten voor voorlichting bieden, wanneer al bij de analyse van factoren die de ontwikkeling van voedingsgedrag bepalen, op specifieke beïnvloedingsmomenten en -situaties gelet wordt. Dergelijk onderzoek ligt per se niet op het terrein van voorlichtingskundige onderzoekers alleen; de inzet van zowel natuurwetenschappelijk als sociaalwetenschappelijk georiënteerde voedingsdeskundigen is hier uiterst essentieel.

Een tweede, verwant terrein van onderzoek is dat naar de onderlinge krachtsverhoudingen van (gezondheids)gedragsbepalende factoren. Multi-factorieel experimenteel onderzoek zou, prospectief én retrospectief, voor diverse specifieke gezondheidsgedragingen van nader af te bakenen categorieën, gegevens kunnen verschaffen, waardoor *'weging'* van diverse factoren ten opzichte van elkaar beter mogelijk wordt. Ingrijpen via voorlichting kan dan plaatsvinden, mede op het criterium van het grootste rendement,

Voor de fase van de *doel- en doelgroepbepaling* ontbreekt in zeer veel gevallen eveneens empirisch onderbouwde informatie. Uitgaande van een bepaald probleem is het veelal nog wel mogelijk via literatuur en ander oriënterend onderzoek te komen tot een netwerk van groeperingen die met het probleem te maken hebben. Essentieel is echter dat veel concreter wordt vastgelegd welke

relaties tussen deze groeperingen en het probleem bestaan. Is dit bekend, met andere woorden, is te onderscheiden naar bijvoorbeeld (mede)-veroorzakers, instandhouders en slachtoffers van een probleem, dan is nader experimenteel onderzoek nodig. Experimenten, in eerste instantie op beperkte schaal opgezet, kunnen inzicht geven in de aard en sterkte van de het probleem beïnvloedende groeperingen. Dit krachtenveld wordt namelijk pas duidelijk bij goed opgezette en controleerbare pogingen tot verandering. De gegevens die uit dit soort onderzoek voortkomen, zijn van belang voor het stellen van prioriteiten in doelgroepen.

Voor de als derde fase van het strategieschema opgevoerde *inhoudsbepaling* is veelal voldoende achtergrondinformatie beschikbaar. Wat ontbreekt, en dit geldt voor diverse fasen, is inzicht in de samenhang met de in andere fasen genoemde elementen. Méér onderzoek naar zo mogelijk generaliseerbare samenhangen tussen een bepaald soort inhoud (adviserend bijvoorbeeld), bepaalde kenmerken van doelgroepen, een bepaalde methodiek, structuur etc. is dringend gewenst. De relatie inhoud/methodiek is relatief nog het best nagegaan (zie 6.4.4.1.) Dergelijk onderzoek zal in eerste instantie descriptief zijn en naarmate meer regelmaat in samenhangen zichtbaar wordt, via gespecificeerder onderzoekshypothesen kunnen plaatsvinden.

Over de *methodiek* in voorlichting is het nodige onderzoek verricht; het in deel I gerapporteerde onderzoek is een van veel meer methodenvergelijkingen, zij het dat wij van een veldsituatie zijn uitgegaan. Opvallend is echter het gebrek aan onderzoekgegevens over

a. de interactie tussen methoden wanneer zij in combinatie worden gebruikt,
b. de samenhang met het gebruik van media en middelen, door ons evenzeer onder methodiek gerekend en
c. de interactie tussen voorlichter(s) en cliënt(en). Met dit laatste doel ik op het feit dat bij methodenonderzoek in het algemeen veel aandacht wordt gegeven aan de reacties van cliënten op de gegeven voorlichting zonder dat de aard van de voorlichting en het in de wisselwerking tussen voorlichter en cliënten plaatsvindend proces nauwkeurig wordt geanalyseerd. In de in deel I beschreven methodenvergelijking is wel een beschrijving van enkele bijeenkomsten gegeven (bijlage III), maar voor een grondiger analyse, leidend tot generaliseerbare uitspraken, was het aantal bijeenkomsten per diëtiste te klein.

De drie geconstateerde lacunes zijn opvallend omdat in de praktijk vrijwel altijd met combinaties van methoden, media en middelen wordt gewerkt. Nu is dergelijk multi-methodenvergelijkend onderzoek uiteraard kostbaarder dan een vergelijking tussen 'slechts' twee methoden. Hoewel wij menen dat voor onderzoek ten behoeve van voorlichting in het kader van preventie van bebepaalde gezondheidsproblemen beslist meer gelden ter beschikking gesteld dienen te worden, pleiten wij daarnaast voor een — goedkopere — wijze van informatieverzameling via een systematische bundeling van gegevens vanuit de huidige voorlichtingspraktijk. Deze bundeling zou mogelijk kunnen plaatshebben doordat verschillende projecten op een zo uniform mogelijke manier gegevens verstrekken aan een centraal, bijvoorbeeld landelijk, onderzoeksteam.

Eveneens in nauwe samenwerking met de praktijk dienen onderzoekers te werken aan een verdere methodiekontwikkeling. De vraag naar methodiekbijscholing is vaak zeer uitgesproken (zie hoofdstuk 8. deel I) maar op de vraag hoe opleiding en/of *bijscholing* in voorlichtingsmethodiek het meest optimaal kan bijdragen aan een werkelijk effectievere voorlichting ontbreken nog de nodige antwoorden. (Voorlichtingskundig) onderzoek – bij voorkeur via experimenten – kan voor deze beantwoording zinvolle gegevens leveren.

Een ander punt dat bij de methodiekontwikkeling nadere aandacht vraagt, aansluitend aan de in hoofdstuk 2. weergegeven grondgedachten, is de verdere *toepassing van leerpsychologische principes*. De mogelijkheden voor toepassing in de praktijk zijn talrijk, al dienen sommige nader uitgewerkt te worden, maar essentieel is dat ook in programma's voor opleiding en bijscholing met deze principes wordt gewerkt.

Wat betreft de *structuur* van een organisatie of project geldt in nog sterker mate als voor de methodiek dat een centrale bundeling van gegevens uit diverse organisaties en projecten nodig is. Via vergelijking van overeenkomsten en verschillen is een analyse te maken van de relaties tussen structuren en andere elementen van de strategiebepaling. Momenteel is dit een vrijwel onontgonnen terrein.

Ook voor *evaluatie*, het laatste element in het strategieschema geldt dat nog weinig bekend is hoe en in welke fase(n) deze optimaal kan worden ingepast. De keuze voor de soort evaluatie wordt in het algemeen bepaald door voorkeur en uitvoeringsmogelijkheden, niet doordat uit onderzoek bekend is welk soort evaluatie voor welk type beslissingen vereist is.

Onderzoek zoals hiervoor geschetst, kan vooral wanneer het longitudinaal en in verschillende voorlichtingssituaties wordt uitgevoerd, een zeer belangrijke bijdrage tot preventie leveren doordat het optimalisering van een voorlichtingsbeleid mogelijk maakt.

SUMMARY

TOWARDS A POLICY OF NUTRITION EDUCATION; A LITERATURE REVIEW

Cardiovascular diseases account for a large part of total mortality: in 1974 45.7% of all deaths in the Netherlands were due to these diseases. As at least part of these diseases is man-made, the need for prevention is often stressed. The Netherlands Heart Foundation has many activities which aim at getting people to change their way of life if it increases their susceptibility to cardiovascular disease. One of these activities is a nutrition educational project, started in 1972. Dieticians work with members of various organizations to improve eating habits.

The literature was reviewed to answer the following questions:
- what influences people's nutrition and health behaviour?
- which of these influences can be changed by nutrition and health education?

These two questions are studied to acquire information with which a more systematic policy of nutrition education can be established.

Chapter 2. and 3. deal with nutrition behaviour, roughly defined as 'ways in which people act with regard to their food'. It includes choice of food, how and where food is prepared and consumed etc. (2.1.). As nutrition behaviour is part of human behaviour in general, Chapter 2. sums up some theoretical ideas about changing human behaviour from consistency theories, social judgment theories, functional theories and learning theories (2.2.1.). Implications for nutrition and health education are as far as possible explicitly stated.

Some learning theories are dealt with more extensively (2.2.2.), because:
- their concepts of (selective) reinforcement, modeling etc. can be applied in practice,
- they offer many cause-and-effect relations of behaviour that have been experimentally tested,
- many extension programmes are already based on the applications of these theories.

Chapter 2. ends with a summary of what is known about the development of nutrition behaviour specifically (2.2.3.). The results are not impressive; much more research in this field is needed.

Chapter 3. deals with the factors influencing nutrition behaviour. The data, collected from many different fields – (social) psychology, sociology, extension education, home economics, marketing – have been structured in a model after Langenheder (3.1.). In this chapter a distinction is made between the following factors:

a. 'objective' data in the physical and social surroundings as well as in man himself (3.2.),
b. culture (3.3),
c. indirect communication and direct social interaction (3.4.),

d. internal psychological structure: cognitions, motivation etc. (3.5.).

The 'objective' data roughly fix the limits of nutrition behaviour.

Culture is an important moulding agent, because it permeates all other factors, especially social interaction. It gives rise to typical patterns of nutrition; an ideal-type of Dutch menu is given in section 3.3.

Indirect communication, mainly but not uniquely transferred by mass media, can change a person's nutrition behaviour (3.4.1.), but only if:

- selective processes hardly work,
- the message of the media covers a field unknown to the receiver (new products for instance),
- persons are already actively looking for the information they accidentally receive via mass media,
- the decisions to be made are relatively unimportant for the individual,
- mass communication contributes – in the long term – to norm setting for certain kinds of (nutrition) behaviour.

Direct social interaction is a very powerful influence (3.4.2.). Nearly every individual strives towards harmonious relations with his or her surroundings by fulfilling role obligations, coming up to expectations, in short by being not too different from 'normal'. Many of the values and norms developed in continuous interaction with others, have become fully internalized and are therefore resistant to change.

In dealing with the influence of cognitions on nutrition behaviour (3.5.1.), a distinction is made between factual knowledge (of ingredients, or categories of food products: the basic five etc.) and the more extensive cognitions, of which experience and all kinds of reality testing are part. A clear relation exists between nutrition behaviour and these extensive cognitions, while the relation between factual, more theoretical knowledge and nutrition behaviour is mostly non-existent.

As second part of the internal psychological structure the relations between people's needs and motives, and nutrition behaviour are analysed (3.5.2.). Four models are presented, two of which relate to nutrition. Generally nutrition has a (symbolic) function in creating physiological security (biologic needs); it fulfils the need for sensoric pleasure, emotional security (attention, acceptance) and for sociological security (status, self-expression).

The third aspect discussed is how people value certain goals and the actions to reach those goals (3.5.3.). Special attention should be paid to the discrepancy that often exists between goals of the extension organization and those of people themselves.

A separate part of section 3.5. is devoted to the question how attitudes – part of the internal structure – relate to behaviour. From much, often contradictory, literature the following conclusions were drawn:

- a relation between attitudes and behaviour exists, but is very complex,
- many more variables than attitudes determine behaviour,
- how and to what extent these other variables interact with behaviour is yet largely unknown.

After the chapters dealing with nutrition behaviour, chapter 4. clarifies the

concept of extension. We defined extension as systematically planned communication, to be distinguished from other ways of influencing people's behaviour when high priority is given to the interests and well being of clients. Extension work has been chosen as an instrument for prevention of cardiovascular disease from a practical and ethical point of view, as well as for reasons of effect and efficiency (4.2.).

We defined two sets of goals for nutrition education (4.3.). The first set of goals is that:

- people should realize their actual nutrition behaviour,
- people should become aware of the consequences of that behaviour.
- people should decide on alternative behaviour.

The second set of goals is more structure-oriented, namely:

- to reorganize the existing (structural) forces influencing nutrition behaviour into a direction more positive to health, so that the alternative behaviour meant in the first set is really possible. Thus it is necessary for extension programmes – short-term and long-term – to be directed towards the public as well as towards policy makers (Fig. 10).

At the moment health education is given by various groups of people (4.4.). A distinction is made into four categories:

a. those working in the health system for which education is an integral part of their job: general practitioners, dentists, (district)nurses etc.,
b. those working in specialized health fields for which education is an important part of their job: dieticians, drug educators, dental hygienists etc.,
c. those not working in the health system but whose work touches on health aspects: teachers, youth leaders etc.,
d. those working as advisers and consultants for the professionals, mentioned under a., b. an c.: health education consultants.

A more integrated health education is essential for long-term success.

Most of what has been said in Chapter 1. to 4. about nutrition behaviour applies to health behaviour. Yet Chapter 5. explicitly deals with health behaviour, mainly because many efforts to influence nutrition behaviour are part of more extensive health education activities. We can say every nutrition behaviour is health behaviour, because all nutrition behaviour eventually influences people's health. Then we talk about health-related behaviour. If nutrition behaviour is purposefully meant to maintain or promote health, we talk about health-directed behaviour (5.1. and 5.2.).

Section 5.3. presents two social-psychological models and some more sociological ideas about health behaviour and their implications for influencing it. The two models are the health belief model (HBM) and a related model after Jaccard. Variables in the HBM are:

- the perceived susceptibility to a certain disease,
- the perceived seriousness,
- evaluation of actions and their benefits,
- evaluation of barriers to action.

Jaccard's model puts more emphasis on an individual's intention for certain health behaviour, determined by:

– his perception of the consequences of performing that behaviour,
– the value he attaches to these consequences,
– his beliefs about what relevant others think he should do,
– his motivation to comply with those others.

In both models, most clearly in Jaccard's one, the influence of social norms is very important.

In addition to the HBM the role of fear is discussed. Three kinds of variables determine the effects of a fear-approach:

– characteristics of the receiver: vulnerability, self-image, self-confidence, tolerance of stress etc.,
– the degree of fear: a certain degree of emotional arousal seems necessary for success (behaviour change) but the relationship is not linear. The optimum degree of fear depends on personality and situational variables,
– characteristics of the specific message: simple changes in behaviour can be brought about by a high-fear-approach. To achieve more complex (more important?) changes, a low-fear-approach seems more effective.

The results of our search for an integrated sociological view on health behaviour have been somewhat disappointing. With a few exceptions we only found ideas about certain role-configurations in relation to health, but mostly with the emphasis on disease or illness. More research is needed into the processes underlying unhealthy habits of large parts of the population and into changes in these habits (consumption of too much alcohol, preference for too many calories etc.).

The final chapter (6.) integrates a number of considerations and ideas from earlier chapters, resulting in a model for a nutrition and health educational policy (Fig. 15.). In section 6.1. a few views on the concept of strategy are mentioned. A division into three kinds of strategy is presented:

– power strategy,
– persuasive strategy,
– re-educative strategy.

The power strategies use sanctions and control to change behaviour, the persuasive strategies use rational, emotional and moral appeals.

The re-educative strategies try to change values and norms, so that internalization of changed values leads to changes in behaviour.

Section 6.2. gives 14 barriers to changing people's nutrition behaviour, where possible with implications for extension programmes.

To give an idea of nutrition education at present, section 6.3. presents a selection of three kinds of programmes: person-oriented, structure-oriented and integrated programmes. Special attention is given to the methods used in the treatment of obesity.

Section 6.4. 'towards a policy of nutrition education' is organized according to the stages of the model (Fig. 15): a. information and diagnosis, b. goals and target groups, c. content, d. methods, e. structure of the extension organization and f. evaluation.

Each stage is discussed in general and in relation to the nutrition educational project of the Netherlands Heart Foundation.

The stage of collecting information is aimed at problemdiagnosis, as well as at getting a rough idea of the kind of strategy one is going to choose: power, persuasive or re-educative. Not only health-related date have to be collected but also extension-related data.

The goals of an extension programme (communication goals!) are distinguished into changes in knowledge, attitudes or behaviour. Within target groups a distinction is made between final groups: clients and institutions, and intermediary ones: the public, government, commercial firms and professionals.

We categorize the content of the extension programme according to whether the goal is to make people aware of something, to inform, to advise or to persuade.

For the methods the usual distinction into mass, group and individual methods is used. Because we summarized which method is suitable for certain goals, it is possible to deduce special combinations of methods from (communication) goals stated.

Every extension programma must be backed by some kind of a structured organization. Whether the structure is permanent or temporary, certain functions have to be fulfilled: leaders (managers, advocates, financers, technicians, administrators, organizers) and supporters (workers, donors, symphatizers).

Evaluation is possible from various aspects; we can consider the input into a programme, the results, the adequacy of the results, the balance of performance to input and the process.

The appendix lists considerations to be taken into account in designing a policy of nutrition and health education.

NOTEN

1. In Nederland bedroeg het aantal overledenen ten gevolge van alle hart- en vaatziekten tezamen in 1974 50.000 personen d.i. 45,7% van alle overledenen.
   Na Wereldoorlog II begint de sterftestijging bij mannen van 55-59 jaar. Deze neemt van periode tot periode toe en breidt zich uit tot de aangrenzende leeftijdsklassen. De sterftecijfers voor mannen over de recente periode 1971/1974 breken, althans voor de leeftijd 25-65 jaar met de gesignaleerde ononderbroken stijging. Het is (nog) niet duidelijk of sprake is van stabilisatie dan wel van een aanloop tot ombuiging.
   Het beeld van vrouwen ligt gunstiger. In elke periode in elke leeftijdsklasse zijn de sterftecijfers lager dan voor mannen: 15-24 jr. $2^1/_2$ x zo weinig; van 55-69 jr. 2 x zo weinig. De stijging die zich in de periode 1966-1970 leek voor te doen, heeft zich in de periode 1971/1974 niet voortgezet (CBS, 1976).

2. Deze omschrijving komt dichter bij de algemene betekenis van ideologie dan de omschrijving in de begrippenlijst van genoemde vakgroep: 'het geheel van ideeën dat bepalend is voor het voedingsgedrag'.

3. In een aanzet tot een model postuleren HARDYCK & KARDUSH (1968) drie vormen van dissonantiereductie, nl.
   ophouden met denken;
   veranderen van een van de dissonante elementen;
   herstructureren van het gehele veld van cognities,
   waarbij de voorkeur in het algemeen gaat van de eerste naar de laatste, althans wanneer alle drie vormen mogelijk zijn.

4. Zie voor het begrip 'centrality' = 'the extent to which the value is integral to the individual's self-definition' het artikel van OSTROM & BROCK (1968).

5. In het hiervoor genoemde artikel van OSTROM en BROCK wordt de weerstand tegen (attitude)verandering vooral gerelateerd aan de mate van 'ego-involvement' van de attitudes: 'the highly-involved attitude is more resistant to change than an attitude in which the individual is not so deeply involved'. Een attitude heeft een hoger 'ego-involvement', naarmate hij aan centraler, relevanter en méér waarden is gerelateerd.
   Deze predictie lijkt in tegenspraak met die uit de dissonantietheorie dat hoe belangrijker een thema is, des te meer dissonantie een strijdige communicatie zal creëren, dus ook meer dissonantiereductie, dus ook meer verandering. Deze laatste stap volgt echter niet strikt uit de theorie. Andere vormen van dissonantie reductie dan attitudeverandering kunnen geprefereerd worden (in KIESLER et al., 1969:290).

6. Bij SMITH, BRUNER & WHITE vinden we, voor een groot deel overlappend, ook vier functies: social adjustment, externalization, object appraisal, quality of expressiveness.
7. Onder leertheorieën vatten we een aantal stimulus-response en behavioristische theorieën samen. Deze houden zich het meest expliciet bezig met vorming en verandering van gedrag, wat moge blijken uit enkele definities van het begrip leren: 'Changes in behaviour that result from previous behaviour in similar situations (as opposed to changes due to physiological variations such as growth, deterioration, hunger, fatigue, alcohol or sleep)' (BERELSON & STEINER, 1964).
   'Learning is a relatively permanent change in a behavioural tendency that occurs

as a result of reïnforced practice' (KIMBLE, GARMEZY, 1963, in SNELBECKER, 1974), en vanuit de hoek der opvoedkundigen een wat oudere omschrijving:
'Learning is active, Learning is a function of the total situation surrounding the child. Learning is guided by purposes and consists in living and doing, in having experienced and seeking to understand the meaning of them' (YEAKAM & SIMPSON, 1934, in SNELBECKER, 1974).

8. Onder andere de – veel bij obesitas gehanteerde – gedragstherapie stoelt op de leertheorieën (BEECH, 1969); zie hoofdstuk 6.2.2.1. Programma's gericht op een groter publiek hanteren eveneens leertheoretische principes (MACCOBY & FARQUHAR, 1975); zie hoofdstuk 6.2.4.

9. Voor diverse door WIEGMAN genoemde experimenten die door MILLER & DOLLARD zijn gedaan ter toetsing van hun theorie is de volgende illustratief: kinderen moesten een keuze maken uit een aantal in de experimenteerruimte opgestelde kisten, waarvan er één snoepgoed bevatte.
De modellen werden bij de correcte (!) keuze altijd beloond en de observerende kinderen werden eveneens beloond indien ze het correcte gedrag van het model volgden.

10. Zo brengt ERHARD verslag uit van redelijk geslaagde (!) voorlichting aan in communes levende, jonge vegetariërs via groepsdiscussies (in KOPPERT & KNEGT, 1975). Wil men in deze richting denken, dan zal men toch altijd aansluiting moeten zoeken bij wat er – op kleine schaal of in vage contouren – al enigszins leeft.

11. We gebruiken de termen indirecte en massacommunicatie beide omdat de tweede term, hoewel minder duidelijk, algemeen gebruikt en geaccepteerd is.

12. De invloed van de massamedia op de lange duur is om verschillende redenen buiten de onderzoekssfeer gebleven:
- omdat op basis van de injectienaaldopvatting de indruk van een rechtstreeks verband tussen boodschap en reactie bestond,
- omdat veel onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de producenten van boodschappen, die vooral in het directe effect waren geïnteresseerd,
- omdat het onderzoek naar de invloed op lange termijn tijdrovend, gecompliceerd en kostbaar is, terwijl het instrumentarium nog onvoldoende was/is ontwikkeld (Groot praktijk boek voor effectieve communicatie 4.3-06).

13. KLEYNGELD's operationalisatie van adoptie: iemand die een bepaald produkt geprobeerd heeft én van plan is het in de toekomst (nu en dan) te gebruiken.

14. Deze conclusie kan op grond van de gegevens niet getrokken worden; de mogelijkheid van een gemeenschappelijke onderliggende variabele is niet uitgesloten.

15. Dit is meer dan de eerdergenoemde 22%, maar in die steekproef waren vrij veel alleenstaande vrouwen aanwezig.

16. Diverse theorieën die ingaan op bestaan en werking van dergelijke (in)-consequenties zijn beschreven door MACGUIRE (1966), FELDMAN (1966) en INSKO (1967).

17. De Engelse onderzoekers lijken zelf slecht op de hoogte van inzichten van de voedingsleer, getuige de opmerking: 'most people know you should avoid potatoes(!). bread (!), sugar and carbohydrates (!) generally'.

18. Kritische noot vanuit het Groot praktijkboek voor effectieve communicatie is dan ook de opmerking 'Aangezien het pas mogelijk is je voordeel te doen met die informatie wanneer je dat hebt geleerd, blijken alleen ontwikkelde vrouwen er van te profiteren en moet de grote massa zich bij haar keuze laten leiden door leuzen als 'gezond, maar toch lekker'. (onderstreping aangebracht door schrijfster).

19. ETZIONI stelt dat dit per definitie onmogelijk is 'because we never encounter the needs in pure form, outside a specific social mold' (1968: 871).

20. Door middel van participerende observatie in drie Engelse gezinnen heeft M. VERKLEY nagegaan of MASLOW's schema voor voedingsgedrag opgaat, dat wil zeggen of er operationalisaties te vinden zijn in voedingsgedrag voor de veronderstelde behoeften en welke rangorde deze ten opzichte van elkaar innemen. We citeren uit haar conclusies: '. . . aanwijzingen gekregen dat er een rangorde bestaat, te weten: fysiologische behoeften, behoefte aan zekerheid, sociale behoeften'. Gedrag dat mogelijk een rol vervulde – met name voor de huisvrouwen – in de behoefte aan achting en zelfontplooiing was in het algemeen nauw verweven met andere functies, zodat over een eventuele rangorde geen suggestie te geven was (VERKLEY, 1976).

21. Over de exacte samenstelling van een uit het oogpunt van preventie van hart- en vaatziekten adequate voeding bestaat tussen voedingsdeskundigen, medici en andere professioneel betrokkenen – helaas – geen overeenstemming, maar globaal is deze te zien als: minder cholesterolbevattend, minder suiker, minder verzadigde vetten, waarbij men spreekt van 30-35 cal % vet totaal en vervanging van een deel (1/3) der verzadigde vetten door meervoudig onverzadigde (zie o.a. Advies, 1973; DALDERUP, 1974).

22. We zijn ons ervan bewust dat reclame slechts een onderdeel vormt van de gehele marketing-mix.

23. Symposium 'Een 10 voor gedrag', 19 mei 1976, Den Haag.

24. DILLEHAY (1973) uit ernstige (methodologische) kritiek op het hanteren van deze studies als 'bewijs' voor *inconsistentie, omdat:*
- gedrag en houding niet bij dezelfde persoon zijn vastgesteld;
- men twee verschillende rolverrichtingen meet, namelijk het verrichten van een taak (gedrag) en het formuleren van een beleid (attitudemaat);
- de non-respons van de controlegroep = de niet bezochte restaurants niet wordt gespecificeerd, wat DILLEHAY aan de kwaliteit ervan doet twijfelen.

25. Met dit laatste in tegenspraak lijkt ROBERTSON's veronderstelling dat de relatie attitude gedrag bij een koopkeuze wel bestaat voor relatief onbelangrijke koophandelingen, maar dat deze des te instabieler wordt, naarmate de betekenis van het gedrag voor het zelfbeeld van de persoon toeneemt.

26. VAN BEUGEN gebruikt hier het woord strategie in beperkte betekenis, dat wil zeggen exclusief de bepaling van communicatiedoelen en krachtenveldanalyse. In hoofdstuk 6. werken we met een ruimer strategiebegrip waarin ook het vaststellen van de communicatiedoelen tot de strategie wordt gerekend.

27. Doeleinden van organisaties zijn te onderscheiden in officiële en daadwerkelijke doelen; ook naar individuele doelen (motieven), individuele doelen *voor* de organisatie en doelen *van* de organisatie zelf. Ook is een onderscheid mogelijk naar transitieve (= resultaat = 'output') en reflexieve (= steun = 'support') doelen (SNELLEN, 1975). Marketing heeft, als onderdeel van de strategiebepaling te maken

met de daadwerkelijke, transitieve doelen van de organisatie, waarbij de reflexieve als randvoorwaarden worden gezien.

28. Sommigen zijn van mening dat dit geen ethische, maar een pragmatische overweging is; zij stellen:
voorlichters hebben geen andere macht dan via communicatie;
je kunt iemand via communicatie niet tegen zijn zin beïnvloeden;
dus moet je als voorlichter wel belang en welzijn van de cliënt vooropstellen, wil je ooit iets bereiken.
Nog afgezien van de vraag of het onmogelijk is mensen via communicatie tegen hun zin, zeer geleidelijk, dus op lange termijn te beïnvloeden, zijn het toch voor ons juist de ethische overwegingen die voorlichting afbakenen tegenover andere vormen van beïnvloeding via planmatige communicatie.

29. Zie o.a. SACKETT & HAYNES (1976) en BAROFSKY (in press). Veel literatuur wordt ook genoemd in BECKER & MAIMAN (1975).

30. Een inventarisatie die niet pretendeert uitputtend te zijn, levert het volgende beeld. Hierbij is een driedeling gemaakt in instanties;
a. die voorlichting geven over gezonde voeding in het algemeen;
b. die voorlichting geven over voeding in relatie tot een ander facet van gezondheid;
c. waarbij de nadruk ligt op voorlichting (of informatie) over produkten.

a. Voorlichtingsbureau voor de Voeding.
Kruisverenigingen.
Stichting voor huishoudelijke voorlichting ten plattelande.
Vrouwenverenigingen.
Huishoud- en nijverheidsscholen, vooral via avondcursussen.
b. Nederlandse Hartstichting.
Nederlands Huisartseninstituut.
Nederlandse Vereniging voor sociale tandheelkunde.
Nederlandse Vereniging voor mond- en tandhygiëne 'Het Ivoren Kruis'.
c. Diverse produktschappen:
groenten en fruit;
pluimvee en eieren;
vee en vlees;
vis- en visprodukten;
Peulvruchten studiecombinatie;
Propaganda stichting consumptie-aardappelen.
Produktvoorlichting, commercieel gericht (Unilever).
Nederlands Zuivelbureau;
Centraal bureau voor de tuinbouwveilingen;
Bedrijfsschap voor de groothandel en tussenpersonen in groenten en fruit;
Stichting voorlichtingsbureau voor vlees, vleeswaren en -conserven;
Bedrijfsschap voor het slagersbedrijf.

31. Over de communicatiestructuur in industriële markten stelt hij:
- er is een grote behoefte aan informatie;
- er is sprake van directe communicatie;
- het is de vraag of de reclame als instrument van de mix deze vorm van communicatie wel aankan;
- het is communicatie over relatief ingewikkelde zaken, die diepgaand moeten worden behandeld;
- persoonlijke gesprekken spelen een belangrijke rol;

– het gaat om groepsbeslissingen;
– er zijn verschillende koopsituaties te onderscheiden met verschillende communicatiebehoeften.

32. Toegepast op hart- en vaatziekten:
primaire = het voorkómen van artherosclerotische afwijkingen in de vaatwand
secundaire = opsporen, en behandelen van risico-factoren die bestaan terwijl de ziekte nog niet manifest is
tertiaire = de opvang, behandeling en revalidatie van reeds getroffen patiënten

33. De term 'at risk role' is geïntroduceerd door BARIC (1969) en duidt op de rol die iemand aan kan nemen wanneer hij bij zichzelf bepaalde gezondheidsbedreigingen, risico-factoren aanwezig weet, die ook door z'n sociale omgeving, evt. inclusief de medische professie worden gevalideerd, waardoor hij de status verkrijgt 'een verhoogd risico te lopen'.

'Illness behaviour: oorspronkelijk gedefinieerd door MECHANIC & VOLKART (1961) en MECHANIC (1962). In 1968 door MECHANIC geherformuleerd tot: 'any condition which causes, or might usefully cause, an individual to concern himself with his symptoms and to seek help'. Door ROSENSTOCK (1974): 'any activity undertaken by a person who feels ill for the purpose of defining the state of his health and of discovering suitable remedy', en 'Sick role behaviour': 'the activity undertaken by those who consider themselves ill for the purpose of getting well'.

34. Hij noemt: culturele opvattingen omtrent wenselijke gewicht, hongergevoelens, behoefte aan gezelligheid, aan status, inkomen en beschikbaarheid (: 101).

35. Deze auteurs geven een overzicht van de overeenkomsten tussen het health belief model (HBM),
de ideeën van LEWIN et al. over doelbepaling ('goal setting') in streefsituaties (1944).
TOLMAN's analyse van 'performance behaviour' (1955);
ROTTER's begrip 'social learning' en reinforcement (1957);
EDWARD's besluitvormingstheorie met het begrip 'subjective expected utility' (1954);
ATKINSON's theorie rond 'achievement motivation' (1957) en
FEATHER's theorie met betrekking tot besluitvorming in situaties van onzekerheid (1959).

36. Overigens lijkt het gewichtsbewustzijn toe te nemen, met name onder mannen (bij vrouwen was het al hoog). Was het percentage respondenten dat minder wilde wegen dan het gewicht op dat moment was, in 1950 nog slechts 21% voor de mannen (54% bij de vrouwen) en in 1956 22% voor de mannen (45% bij de vrouwen), in 1966 was het percentage bij de mannen tot 36% gestegen (42% bij de vrouwen).
Of men ontevreden is met het huidige gewicht, is afhankelijk van opleiding en beroepsniveau: hoe hoger, des te meer ziet men zichzelf als (iets) te dik (DWYER & MAYER, 1970). Op de samenhang met het werkelijke gewicht wordt in het artikel niet ingegaan.

37. Persoonlijke mededeling projectleider J. Meier.

38. Met beknopt als kenmerken:
– de zieke wordt vrijgesteld van bepaalde verantwoordelijkheden;
– er wordt niet verwacht dat hij voor zichzelf zorgt;
– men verwacht van de zieke de wens tot beter worden;

– men verwacht van de zieke de bereidheid medisch advies in te winnen en met medici samen te werken (BARIC, 1969; PARSONS, PARSONS & FOX, in TWADDLE, 1969).

39. Het verbruik van wijn is in de periode 1960-1974 gestegen van 1,88 - 10,37 liter per hoofd van de bevolking, een vervijfvoudiging! Het bierverbruik verdrievoudigde in dezelfde periode en kwam van 23,9 op 75,7 liter per hoofd. Gedistilleerd nam toe van 1,14 liter (ad 100%) tot 2,75 liter (uit gegevens van het Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, Schiedam).

40. Vergelijk FISHBEIN's visie op de intentie tot gedrag als samengesteld uit een zeer situatie-specifieke houding ten opzichte van uitvoering van dat specifieke gedrag en opvattingen over welk gedrag in die situatie verwacht zou worden (3.5.4.).

41. Er is een zekere parallel met de drie processen waarlangs mensen volgens KELMAN (1973) hun gedrag veranderen: compliance, identificatie en internalisatie (zie 4.2.2.). De parallel is niet volledig, want bijv. ook bij machtsstrategieën kan sprake zijn van identificatie. Voor een vergelijking van KELMAN's driedeling met diverse andere veranderingsmodellen, zie GREEN (1976).
Een eveneens veel gehanteerde driedeling van strategieën, die sterk met de hier gebruikte overeenkomt, is die naar BENNE & CHIN in: a. empirisch-rationele, b. normatief-reëducatieve en c. machtsstrategieën (in BENNIS et al., 1973: 32 e.v.).

42. HARRIS gebruikt principes van zelfgestelde positieve reinforcements (beloningen in geld, kleding, naar bioscoop gaan) en negatieve (foto's in badpak, redenen van wens tot gewichtsverlies); stimulus-controle door de situatie en tijden waarop men gewend is te eten, te beperken, en veranderingen in het gedrag zelf: langzamer eten, meer pauzes, meer aandacht (vergelijk SCHACHTER, 1971, 1972; STUART, 1967; STUART & DAVIS, 1974; en in het Nederlands bewerkt: KUYS et al., 1975; ZANT, 1976).

43. Een uitgebreider opsomming van innovatieattributen geeft VENKATESAN (1975: 63, 64).

44. De vier eerstgenoemde waarden zijn overgenomen uit: 'Advies inzake milieubewust gedrag, milieubewust beleid' (1976: 55).

45. Zo stellen CAPLAN & NELSON (1976) dat één van de problemen bij pogingen de psychologie in dienst te stellen van het oplossen van sociale problemen is dat niet zelden al bij de probleemdefiniëring de nadruk sterk op persoonlijke factoren wordt gelegd.

46. Voor uitvoerige beschrijvingen van de opzet van een dergelijk curriculum in het kleuter- en basisonderwijs, zie de halfjaarlijkse verslagen van het GVO-project Nijmegen, 1972, met name voor wat het probleemveld voeding betreft:
Verslag over 2de halfjaar 1972, bijlage A,
Verslag over 1ste halfjaar 1973, bijlage A, 1.4 en 1.5,
Verslag over 2de halfjaar, 1973, hoofdstuk II,
Verslag over 1ste halfjaar 1975, hoofdstuk II,
Verslag over 1ste halfjaar 1976, hoofdstuk II.3.
Verslag over 2e halfjaar 1976, Voeding les 1.

47. Zie ROYEN (1972) die deze vijf begrippen heeft samengebracht in de zg. 'molen van Royen'. Vergelijk ook KOTLER (1972).

48. Zo bleek bijv. in Nicaragua dat de vroedvrouw als informatiebron voor een antidiarreerecept voor kleine kinderen, beter vervangen kon worden door Doña Carmen, een wat oudere dorpsvrouw. Ook bleek één ingrediënt van het aanbevolen recept moeilijk lokaal verkrijgbaar, zodat het uit de tekst werd geschrapt.

49. De vraag naar een rangorde van belangrijkheid van voedingsstoffen is m.i. in strijd met het evenwichts- en afwisselingsprincipe zoals dit door voedingsdeskundigen wordt benadrukt en ook in de schijf van vijf tot uiting komt.

50. Na 8 weken is het verschil tussen a. en b. opgeheven omdat ook de eerste groep deel B kreeg thuisgestuurd. Dit was noodzakelijk geworden doordat juist in die tijd een bekend damesblad het gehele programma publiceerde (zie KUYS et al., 1975).

51. maart 1977: wat staat er op de melkverpakking?, linogistine en cholesterant,
febr. 1977: margarineheffing in Europees parlement weggestemd (o.a. het BEUC, het samenwerkingsorgaan van de Europese consumentenorganisaties had zich tegen deze heffing fel verzet);
jan. 1977: onveilige frituurpannen; kookpannen; oude wijn, nieuwe etiketten; een ander kookboek (van de Hartstichting);
dec. 1976: prijsbewust eten; suikervrije kauwgum;
nov. 1976: voedingswaarde op verpakking; de boterberg;
okt. 1976: één koffie en één glaasje fris, hoeveel is dat?;
kunstvlees; produktinformatie;
aug. 1976: kwik in tonijn en zelfmaakwijn.

52. Motieven, achtergronden, activiteiten en adressen van deze actie- en belangengroepen zijn te vinden in persbericht 1664 van het Voorlichtingsdbureau voor de Voeding, 21-2-1977.

53. Inmiddels is per 16-6-1975 de Commissie Nationaal Plan G.V.O. geïnstalleerd.

54. Kost och Motion, zie BLIX et al. (1973). Diet (1972, 1973), ÖSTBY (1976).
North Karelia Project, zie PUSKA (1973, 1976), KOSKELA (1976).
Stanford Project, zie MACCOBY & FARQUHAR (1975), MACALISTER et al. (1976) en FARQUHAR (submitted for publication).

55. We zouden dit de toepassersgroep willen noemen, af te leiden uit de aanleiding tot de campagne. Dit was nl. de constatering, in 1967, door een regeringscommissie dat de in aantal sterk toenemende categorie met een Cal. behoefte tussen 1500-2000 kcal/dag bij de huidige voedingsgewoonten gemakkelijk tot een qua nutriëntenvoorziening inadequate voorziening kon komen. Algemene veranderingen in voedingspatroon zouden nodig zijn om hierin verbetering te brengen.
Doelgroepen worden niet als zodanig genoemd, maar zijn afgeleid uit de opzet van de campagne. Dit was nl. de constatering, in 1967, door een regeringscommissie voor voedselverlening op grote schaal, o.a. (bedrijfs-)restaurateurs, diëtistes, leidsters van peuter- en kleuterverblijven, zowel als hoofden van instellingen als bejaardentehuizen.
Pas in tweede instantie richt men zich op het publiek, de individuele consument (BLIX, 1973). In verband met financiële problemen concentreert men zich hierbij op: groothuishoudens, scholen, (ouders van) babies en kleine kinderen (ÖSTBY, 1976).

56. De onderzoekers van de Stanford-universiteit zijn bezig met de opzet van een dergelijk onderzoek in vier grotere plaatsen met een heterogenere bevolking (MACCOBY & FARQUHAR, 1975; MACCOBY, pers. mededeling, 1976).

57. Zie nota van VAN BEILEN & TJASSING (1975) over vrijwilligerswerk bij plaatselijke kruisverenigingen.

58. Het feit dat ondanks de talloze studies nog steeds geen overeenstemming bestaat over de rol van de meervoudig onverzadigde vetzuren toont de betrekkelijkheid van 'informatie' aan. Elke persoon/organisatie bepaalt uiteindelijk welke informatie hij wel of niet als zodanig wil accepteren.

59. Ischaemische (coronaire) hartzieken: falen van het hart door onvoldoende bloedtoevoer naar de hartspier. In de meeste gevallen veroorzaakt door vergevorderde artherosclerose in de coronaire slagaderen.

60. De Hartstichting heeft de al jaren gevoelde behoefte aan althans een deel van deze informatie omgezet in een subsidie voor een opinieonderzoek onder nog te specificeren doelgroepen. Per 1/10/1976 is hiertoe een onderzoeksmedewerker aangesteld, gedetacheerd bij de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwhogeschool. Het onderzoek zal in samenwerking met de vakgroep Voorlichtingskunde worden opgezet.

61. Vergelijk KOTLER die in termen van sociale actie spreekt over 'helping, protest or reform, and revolutionary causes' (1972: 175; 1973: 173).

62. Een andere onderscheiding is die naar doelgroep en toepassersgroep (RÖLING, 1976). Wil een voorlichter bij huisvrouwen (= toepassersgroep) optimaler voedingsgedrag bewerkstelligen, dan kan hij zich richten tot bijv. producenten van voedingsmiddelen (= doelgroep).

63. Het getal ( ) geeft aan door hoeveel personen de doelstelling is genoemd. Het is uiteraard mogelijk dat méér personen een doel omschrijven, hoewel zij dit zelf niet in het gesprek naar voren hebben gebracht.

64. De doelen zijn echter niet geformuleerd in termen van het beïnvloeden van condities via gedragsverandering bij de instituties en personen die deze condities creëren, resp. in stand houden: producenten, groothandel, detaillisten en winkeliers.

65. Dergelijke gegevens zijn te vinden in o.a. Nationaal Onderzoek Persmedia dat regelmatig verschijnt. Ze zijn uitgesplitst naar leeftijd en sociaal-economische klasse.

66. Zie RIJNEVELD-VAN DIJK in 'Voorlichting, effectiviteit en ethisch handelen,' persbericht 1642, 19 juli 1976, Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag. Op de mogelijke gevaren van teveel informatie in het algemeen gaat in H. FERRÉE (ed. 1972: 2.3. en 2.3.12.).

67. Het betreft plaatselijke afdelingen van de Vereniging Vrienden van de Hartstichting, vrouwenverenigingen, maar ook aanvragen van particulieren in groepen worden gehonoreerd.

68. Mede door de bij de diëtistes bestaande en door het onderzoek versterkte vraag naar concretere richtlijnen van de Hartstichting m.b.t. de boodschapformulering is in febr. 1976 door dr ir Hermus, waarnemend directeur gezondheidszaken, een 'basisinhoud' opgesteld. Deze geeft beknopte, soms vrij technische informatie en wordt door de diëtistes sindsdien als richtlijn en informatiebron voor zichzelf gebruikt.

69. Het feit dat naast de doelgroep ook anderen voor wie de boodschap volstrekt

irrelevant is, worden bereikt, lijkt een van de oorzaken van de irritatie rond t.v.-reclame. Dit kan niet alleen het effect van die concrete t.v.-reclame teniet doen, maar als een boemerang op de effectiviteit van reclame als zodanig inwerken (NELISSEN 1976).

70. In 1975 werd de samenwerking tussen het Ned. Astma Fonds, het KWF en de NHS op papier een feit door oprichting van de Stichting Volksgezondheid en Roken; een eerste formele bundeling op basis van een gemeenschappelijk deeldoel, nl. beïnvloeding van rookgewoonten.

71. Een illustratie van dit vooral uit onderwijskundig onderzoek bekend geworden feit is te vinden in deel I: een significant gunstiger beoordeling van de kookbijeenkomsten ging niet samen met enig meereffect van de kookbijeenkomsten ten opzichte van de lezingen.

LITERATUUR

AAKSTER, C. W., 1972. Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances – a sociological approach. Diss., Leiden

AAKSTER, C. W., 1974. Beschouwingen over aard en ontstaan van gezondheidsstoornissen. Ned. T. Geneesk. 118 (6): 194-199.

AAKSTER, C. W., 1974. Verslag van een medisch-sociologisch onderzoek naar de verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Ned. T. Geneesk. 118 (6): 199-203.

ABELSON, R. P. et al. (eds.), 1968. Theories of cognitive consistency. Rand McNally & Comp., Chicago.

ABRAHAMSON, E., 1973. A review of behavioral approaches to weight control. Behav. Res. Ther. 11: 547-556.

Advies over hoeveelheid en/of aard der vetten in de voeding, 1973. Versl. Rapp. Volksgezondh. 25, Den Haag.

Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, 1971. Versl. Meded. Volksgezondh. 14, Staatsuitgeverij, Den Haag.

Advies inzake milieubewust gedrag, milieubewust beleid, uitgangspunten voor milieuvoorlichting, 1976. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk.

ARNDT, J., 1969. Advertising to the problem-solving consumer. ADMAP, Oct.: 426-432.

BAKER, M. J. F., 1972. Influence of nutrition education on fourth and fifth graders. J. Nutr. Educ. 3 (spring): 55-58.

BAN, A. W. VAN DEN, 1974. Inleiding tot de voorlichtingskunde. Boom, Meppel.

BANDURA, A., 1969. Principles of behavior modification. Holt, Rinehart & Winston, New York.

BANDURA, A. & R. H. WALTERS, 1963. Social learning and personality development. Holt, Rinehart & Winston, New York.

BARIC, L., 1969. Recognition of the at-risk role: a means to influence health behaviour. Int. J. Hlth Educ. XII (1): 24-34.

BARIC, L., 1973. Coronary heart disease: what can be the role of health education, in Cardiovascular Diseases, the role of health education in primary and secondary prevention. German Federal Centre for Health Education, Keulen, p. 101-120.

BARIC, L., 1975. Conformity and deviance in health and illness. Int. J. Hlth. Educ. XVIII supplement 1 (jan.-mrt.): 1-12.

BAROFSKY, I. Medication compliance: a behavioral management approach. C. B. Slack, Thorofare, in press.

BECKER, M. H. (ed.), 1974. The health belief model and personal health behaviour, Charles B. Slack, Thorofare. Ook in Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 324-474.

BECKER, M. H. & L. W. GREEN, 1975. A family approach to medical treatment: a selective review of literature. Int. J. Htlh. Educ. XVIII (3): 173-182.

BECKER, M. H. & L. A. MAIMAN, 1975. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med. Care XIII, 1 (jan.): 10-24.

BEECH, H. R., 1969. Changing man's behaviour. Pelican A 1015, Harmondworth.

Begrippenlijst, 1974, 1976. Voorlopige woordenlijst van begrippen, die van belang zijn binnen het vak Humane Voeding. LH, Wageningen.

BEILEN, E. VAN & H. J. TJASSING, 1975. Nota over de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij de Provinciale Friese Kruisvereniging.

BEM, J. D., 1972. Self-perception theory. In L. Berkowitz (ed.). Advances in the experimental study of social psychology. Ac. Press, New York.

BEM, D. J. K., 1970. Beliefs, attitudes, and human affairs. Brooks/Cole Publ. Comp., Belmont.

BENDER, A. E. & D. A. BENDER, 1976. Maintenance of weight loss in obese subjects, Br. J. prev. soc. Med. 30: 60-65.

BENNIS, W. G., K. D. BENNE & R. CHIN, 1973. The planning of change. Holt, Rinehart & Winston, New York.
BERELSON, B. & G. A. STEINER, 1964. Human behaviour, an inventory of scientific findings. Harcourt, Brace & World, New York.
BERLO, D. K., 1960. The communication process, an introduction to theory and practice. Holt, Rinehart & Winston, New York.
BERLO, D. K., 1970. Essays in communication. Comm. 100, Michigan State Univ.
BERMAN, E. M., 1975. Factors influencing motivation in dieting. J. Nutr. Educ. 7 (4): 155-159.
BEUGEN, M. VAN, 1968. Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie. Van Gorcum, Assen.
BJURULF, P. & G. LINDGREN, 1964. A preliminary study on overweight in the south of Sweden. In G. BLIX (ed.), Occurrence, causes and prevention of overnutrition. Uppsala, p. 9-17.
BLIX, G. (ed.), 1964. Occurrence, causes and prevention of overnutrition. Uppsala.
BLIX, G., B. ISAKSON & A. WRETLIND, 1973. Activities in Sweden to improve dietary habits, Bibl. Nutr. Dieta 19: 154-165.
BLOOD, R. O. & D. M. WOLFE, 1960. Husbands and wives; the dynamics of married living. Free Press, Glencoe, 111.
BOLTANSKI, L., 1969. Prime education et morale des classes. Mouton, Parijs.
BOS, A. H., 1974. Oordeelsvorming in groepen, polariteit en ritme als sleutel tot ontwikkeling van sociale organismen. Veenman & Zn, Wageningen.
BOSCH, J. A., 1975. Hoever is de nutrition education in de 5e en 6e klas gevorderd? Scriptie vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
BREHM, J. W. & A. R. COHEN, 1962. Explorations in cognitive dissonance, John Wiley & Sons, New York.
BRITT, S. H., 1966. Consumer behaviour and the behavioral sciences: theories and applications. John Wiley & Sons, New York.
BRUNER, J. S., J. J. GOODNOW & G. A. AUSTIN, 1956. A study of thinking. John Wiley & Sons, New York.
BRUNER, J. S., 1974. Beyond the information given. Allen & Unwin, London.
BYLUND, H. B., 1963. Social and psychological factors associated with the acceptance of new food products. Bull. 808, Pennsylvania.
BRUVOLD, W. H., 1972. Consistency among attitudes, beliefs and behaviour, J. soc. Psychol. 86: 127-134.
CAPLAN, N. & S. D. NELSON, 1973. On being useful; the nature and consequences of psychological research on social problems. Am. Psychol. (maart): 199-211.
CAPRETTA, P. J., M. J. MOORE & T. R. ROSSITER, 1973. Establishment and modification of food and taste preferences: effects of experience. J. gen. Psychol. 89 (1): 27-46.
Cardiovascular disease, the role of health education in primary and secondary prevention, 1973. German Federal Centre for Health Education, Keulen.
CARRUTH, B. R. & S. B. FOREE, 1971. Cartoon approach to nutrition education. J. Nutr. Educ. (fall): 57-59.
CASSEE, E. Th., 1973. Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Boom, Meppel.
CBS, Hart- en vaatziekten, een statistische verkenning, 1976. I.s.m. Ned. Hartstichting, Voorburg.
CERHA, J., 1974. The limits of influence. Infratest Forschungsserv. marketing memo 11.
CHAFFEE, S. H. (ed)., 1975. Political communication: issues and strategies for research. Sage Annual Reviews of Communication IV, Beverly Hills, Sage Publ.
CHISNALL, P. M., 1975. Marketing: a behavioral analysis. McGraw Hill, New York.
CHRISTAKIS, G. et al., 1966. A dietary approach to the prevention of coronary heart disease, a seven year report. Am. J. Publ. Hlth 56 (2).
CLEARY, H. P., 1972. Health education and health behaviour. Hlth Educ. Monogr. 31: 29-37.

COLEMAN, J. S., 1973. Conflicting theories of social change. In G. ZALTMAN et al. (eds.). Processes and phenomena of social change. John Wiley & Sons, New York, p. 61-74.
CRESPI, I. 1971. What kinds of attitude measures are predictive of behaviour. Publ. Opinion XXXV (3): 327-334.
CROON, P., 1973. Strategie en strategiebepaling. Un. Pers. Rotterdam.
DALDERUP, L. M., 1974. Het hartinfarct, risico-factoren en preventiemogelijkheden, hoofdstuk I en II. Ned. Hartstichting/Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag.
DEFARES, P. B., 1976. Socialisatie, adaptatie en stress. Inaugurele rede, LH, Wageningen. Van Gorcum, Assen.
DEUTSCH, M. & R. M. KRAUSS, 1965. Theories in social psychology. Basic Books, New York.
Diet and exercise, 1972. A physiological and nutritional review of diet and exercise by a team of experts appointed by the Nat. Board of Health & Welfare, Stockholm.
Diet and physical activity in Swedish children, 1973. Report 33, Nat. Board of Health & Welfare, Stockholm.
DILLEHAY, R. C., 1973. On the irrelevance of the classical negative evidence concerning the effect of attitudes on behaviour. Am. Psychol. (Oct.): 887-891.
DOORN, J. A. A. VAN & C. J. LAMMERS, 1969. Moderne sociologie, systematiek en analyse. Aula 29, Het Spectrum, Utrecht.
DWYER, J. T., J. F. FELDMAN & J. MAYER, 1970. The social psychology of dieting. J. Hlth Soc. Behav. 11: 269-287.
DWYER, J. T. & J. MAYER, 1970. Potential dieters, who are they? J. Am. Diet. Assoc. 56 (june): 510-514.
DWYER, J. T. & J. MAYER, 1974. A preventive program for obesity control. In W. L. BURLAND, P. D. SAMUEL en J. YUDKIN. Obesity Symposium, Proc. of a servier res. institute symposium, 1973. Churchill Livingstone, London.
EDEMA, J. ,1970-1976. Collegedictaat sociaal-wetenschappelijke facetten van de voeding,. Afd. Humane Voeding, LH, Wageningen. Niet gepubliceerd.
ELDRIDGE, J. E. T. (ed.), 1972. The interpretation of social reality. Th. Nelson & Sons Ltd., London.
ETZIONI, A., 1968. Basic human needs, alienation and inauthenticity. Am. Soc. Rev. 33: 870-885.
Evaluatie van de vertoning van een film over voeding in de bioscoop (dl. 1), 1976. ISEO rapport, 's Gravenhage.
FARQUHAR, J. W. et al., 1976. Community education for cardiovascular health. Stanford Heart Disease Prevention Program. Submitted for publication.
Feiten en cijfers, 1977. Economisch, financieel, sociaal, fiscaal 12. Kluwer, Deventer.
FELDMAN, S. (ed.), 1966. Cognitive consistencies, motivational antecedents and behavioral consequents. Academic Press, New York.
FERRÈE, H., 1973. Nieuw! Welzijn nu in handig welvaartspak! De marketing van welzijn in onze consumptie-maatschappij. Kluwer, Deventer.
FERRÈE, H. (ed.), 1972. Groot praktijkboek voor effectieve communicatie. Kluwer, Deventer.
FERSTL, R., U. JOKUSCH & J. C. BRENGELMANN, 1975. Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Übergewichts. Int. J. Hlth. Educ. XVIII (2): 119-136.
FESTINGER, L. & N. MACCOBY, 1964. On resistance to persuasive communications. J. abnorm. soc. Psychol. 68: 359-366.
FISHBEIN, M. & I. A. AJZEN, 1975. Belief, attitude, intention and behaviour. Addison Wesley, A'dam.
FOREYT, J. P. & L. HAGEN, 1973. Covert sensitization: conditioning or suggestion? J. abnorm. Psychol. 82 (1): 17-32.
FREEDMAN, J. L., J. M. CARLSMITH & D. O. SEARS, 1970. Social psychology. Prentice Hall, Englewood Cliffs.

FRIJDA, N., 1970. Denken als informatie-transformatie. Voordracht op Ned. Natuurkundig- en Geneeskundig congres, Driebergen.
GADOUREK, I., 1963. Riskante gewoonten en zorg voor eigen welzijn, een structureel-sociologische analyse van het roken en drinken alsmede van enkele maatschappelijke aspecten van het zich psychisch welbevinden bij een steekproef uit de Nederlandse bevolking. Wolters-Noordhoff, Groningen.
GASSIE, E. W. & J. H. JONES, Sustained behavioral change. J. Nutr. Educ. 4 (1): 19-22.
GENT, B. VAN, 1973. Andragologie en voorlichting. Boom, Meppel.
GERBNER, G., 1967. Mass-media and human communication theory. In F. E. X. DANCE (ed.), Human Communication. Holt, Rinehart & Winston, New York, p. 40-60.
GIBSON, G., 1972. Explanatory models and strategies for social change in health care behaviour. Soc. Sci. Med. 6: 635-639.
GIFFT, H. H., M. B. WASHBORN & G. G. HARRISON, 1972. Nutrition, behaviour and change. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
GOCHMAN, D. S., 1973. The organizing role of motivation in health beliefs and intentions. J. Hlth Soc. Behav. 13 (3): 285-293.
GOLDBLATT, P. B., M. E. MOORE & A. STUNKARD, 1973. Social factors in obesity. In N. KIELL (ed.). The psychology of obesity, dynamics and treatment. Charles C. Thomas, Springfield, p. 57-67.
GRAHAM, S., 1973. Studies of behaviour change to enhance public health. Am. J. publ. Hlth 63 (4): 327-334.
GREEN, L. W., 1970. Should health education abandon attitude change strategies? Hlth Educ. Monogr. 30: 25-48.
GREEN, L. W., 1974. Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods and examples. Proc. of the Will Rogers Conference on health education, New York, 1973. Suppl. to Hlth Educ. Monogr. 2: 34-64.
GREEN, L. W., 1976. Change-process models in health education. Publ. Hlth Rev. V (1): 5-33.
GRIFFITH, W., 1965. Achieving change in health practices. Hlth Educ. Monogr. 20: 27-42.
GRINKER, J. A., J. M. PRICE & M. R. C. GREENWOOD, 1976. Studies of taste in childhood obesity. In D. NOVIN, W. WYRWICKA & G. BRAY. Hunger: basic mechanisms and clinical implications. Raven Press, New York, p. 441-457.
GROEN, J. J., 1972. Voeding en opvoeding. Voeding 33 (5): 222-239.
GROENEVELD, J., F. HART & L. VAN KASTEREN, 1976. Inventarisatie van argumenten voor voedingsgedrag. Scriptie vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
GUSSOW, J., 1972. Counternutritional t.v. ads aimed at children. J. Nutr. Educ. 4 (2): 58-62.
HAAS, J. H. DE, 1969. Ischaemic heart disease in the Netherlands (facts and figures). Nederlandse Hartstichting, Den Haag.
HAEFNER, D. P., 1974. The health belief model and preventive dental behaviour. Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 420-433.
HAEFNER, D. P. & J. P. KIRSCHT, 1970. Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. Publ. Hlth Rep. 85 (6): 478-484.
HAES, W. F. M. DE, J. H. STUURMAN & F. STURMANS, 1976. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: GVO als instrument voor preventieve gezondheidszorg. Medisch Cont. 31: 385-394; 421-428; 457-463.
HALL, S. M. & R. G. HALL, 1974. Outcome and methodological consideration in behavioral treatment of obesity. Behav. Ther. 5: 352-364.
HALLORAN, J. D., 1967. Attitude formation and change. Leicester Un. Press, Leicester.
HAMMAR, S. L., V. CAMPBELL & J. WOOLLEY, 1971. Treating adolescent obesity: long-range evaluation of previous therapy. Clin. Ped. 10: 46-52.

HAMMET, R. A. & M. S. VAN DE MARK, 1972. The process of choice used by Alabama urban homemakers in food buying decisions. State Agricultural Exp. Station, Auburn Un., Bull. 438.
HAMMET, R. A. & M. S. VAN DE MARK, 1973. Research models for process of choice in family food buying. Home Econ. Res. 1 (4): 269-276.
HAMMINK, J., 1976. Voedingswaardedeclaratie. Voeding 37 (1): 2-12.
HANSEN, F., 1972. Consumer choice behaviour: a cognitive theory. Free Press, New York.
HARDIJCK, J. E. & M. KARDUSH, 1968. A modest modish model for dissonance reduction. In R. P. ABELSON et al. (eds.). Theories of cognitive consistency. Rand McNally & Comp., Chicago, p. 684-692.
HARRIS, M. B., 1969. Self-directed program for weight control: a pilot study. J. abnorm. Psychol. 74 (2): 263-270.
HARRIS, M. B. & E. S. HALLBAUER, 1973. Self-directed weight-control through eating and exercise. Behav. Res. & Ther. 11 (4): 523-529.
HARTOG, C. DEN, 1975. Veranderend inzicht in de relatie voeding en gezondheid sinds 1900; 75 jaar voeding en gezondheid. Melk in relatie tot gezondheid 8.
HAVELOCK, R. D., 1973. Planning for innovation through the dissemination and utilization of knowledge. Ann Arbor, Un. of Michigan.
HEIDER, F., 1958. The psychology of interpersonal relations. John Wiley & Sons, New York.
HEUVELING-VAN BEEK, A. & J. CHOY, 1976. Groepsbegeleiding bij een zelfcontrole programma voor obesitas. Scriptie VU, Amsterdam.
HIGBEE, K. L., 1969. 15 years of fear arousal: research in threat appeals 1953-1968. Psychol. Bull. 72 (6): 426-444.
HILGARD, E. R., 1956. Theories of learning. Appleton-Century Crofts, New York, (2nd ed.).
HILGARD, E. R. & G. H. BOWER, 1966. Theories of learning, Appleton-Century Crofts, New York.
HOLLINGWORTH, D. F. & E. MORSE, 1975. Nutrition education in an affluent society. J. Inst. Hlth Educ. 13 (3): 71-78.
HOLZHAUER, F. F. O., 1976-1977. Marketing- PR in industriële markten. Serie van acht artikelen in Ariadne/Revue der Reclame.
HOMANS, G. C., 1961. Social behaviour: its elementary forms. Harcourt, Brace & World, New York.
HORAN, J. J., J. B. BAKER, A. M. HOFMAN & R. E. SMUTE, 1975. Weight loss through variations in the coverant control paradigm. J. consulting clin. Psychol. 43 (1): 68-72.
HORN, D. & S. WAINGROW, 1966. Some dimensions for smoking behaviour change. Am. J. publ. Hlth 56 (12): 21-26.
HORN, L. A. TEN, 1975. Maslow's theorie van fundamentele behoeften nader onderzocht, Soc.Wet. 18 (1): 59-75.
HOVLAND, C. I., J. L. JANIS & H. H. KELLEY, 1963. Communication and persuasion. Yale Un. Press, New Haven.
HOWARD, A. (ed.), 1975. Recent advances in obesity research. Newman Publ., London.
HOWARD, A. N., 1972. Experimental studies on diet and cardiovascular disease. Mod. Geriatrics (april): 176.
HOWARD, J. A. & J. N. SHETH, 1969. The theory of buyer behaviour. John Wiley & Sons, New York.
HOWELL, S. C. & M. C. LOEB, 1969. Age and the learning of new behaviours: changing dietary habits. Gerontologist 9 (II): 66.
HRUSCHKA, E. & H. ALBRECHT, 1972. Beiträge zur Methodik der Beratung. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Bonn.
HULL, C. L., 1952. A behaviour system, an introduction to behaviour theory concerning the individual organism. Yale Un. Press, New Haven.

INSKO, C. A., 1967. Theories of attitude change. Appleton-Century Crofts, New York.
JACCARD, J., 1975. A theoretical analysis of selected factors important to health education strategies. Hlth Educ. Monogr. 3 (2): 152-167.
JANIS, I. L. & S. FESHBACH, 1953. Effects of fear-arrousing communications. J. abnorm. soc. Psychol. 48 (1): 78-92.
JEFFREY, D. B., 1974. A comparison of the effects of external control on the modification and maintenance of weight. J. abnorm. Psychol. 83 (4): 404-410.
JUNG, F., 1973. Appetitverhalten von Vorschulkindern unter experimenteller Kontrolle. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 22 (5): 167-171.
KANFER, F. H., & J. S. PHILLIPS, 1970. Learning foundations of behaviour therapy. John Wiley & Sons, London.
KANNEL, W. B. & T. GORDON, 1975. Some determinants of obesity and its impact as a cardiovascular risk factor. In A. HOWARD (ed.). Recent advances in obesity research, Newman, London, p. 14-27.
KARVONEN, M. J., 1972. Reducing the risk. Wld Hlth febr./march: 44-51.
KASL, V & COBB, S., 1966. Health Behaviour, Illness Behaviour and Sick-Role Behaviour. Arch. Environm. Hlth 12 (2): 246-266.
KATZ, D., 1960. The functional approach to the study of attitudes. Publ. Opinion Q. 24: 163-204. Ook in M. FISHBEIN (ed.), 1967. Readings in attitude theory and measurement. John Wiley & Sons, New York, p. 457-468.
KELMAN, H. C., 1961. Processes of opinion change. Publ. Opinion Q. 25: 57-78. Ook in W. G. BENNIS, K. D. BENNE & R. CHIN, 1973. The planning of change. Holt, Rinehart & Winston, New York, p. 222-230.
KELMAN, H. C. & D. P. WARWICK, 1973. Bridging micro and macro approaches to social change, a social psychological perspective. In G. ZALTMAN et al. (eds.). Processes and phenomena of social change. John Wiley & Sons, New York, p. 13-59.
KENTUCKY study, the, 1973. Digest of an evaluation of the Expanded Food and Nutrition Education Programme. Coöperative Extension Service.
KIELL, N. (ed.), 1973. The psychology of obesity, dynamics and treatment. Charles C. Thomas, Springfield.
KIESLER, C. A., B. E.COLLINS & N. MILLER, 1969. Attitude change, a critical analysis of theoretical approaches. John Wiley & Sons, New York.
KIESLER, C. A. & P. A. MUNSON, 1975. Attitudes and opinions. Ann. Rev. Psychol. 26: 415-457.
KIRSCHT, J. P., 1974. Research related to the modification of health beliefs, Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 455-470.
KIRSCHT, J. P. & D. P. HAEFNER, Effects of repeated threatening health communications. Int. J. Hlth Educ. XVI (4): 268-277.
KLEYNGELD, H. P., 1974. Adoption of new food products, an investigation into the existence and characteristics of food innovators. Un. Press, Tilburg.
KLINE, F. C. & P. J. TICHENOR, 1972. Current perspectives in mass communication. Sage Annual Reviews of Communication Research I.
KLINKERT, L. M., 1973. Reacties op voedingsvoorlichting via de televisie. Voeding 34 (5): 253-256.
KLINKERT, L. M., 1975. De voorlichtingscampagne 'Actie Gezond Gebit', Ede. Voeding 36 (1): 4-10.
KNUTSON, A. L. & M. E. NEWTON, 1960. Behavioral factors in nutrition education. J. Am. Diet. Assoc. 37 (sept.): 222-225.
KOENEN, M. J. & J. ENDEPOLS, 1973. Verklarend handwoordenboek der Nederlandse taal. Wolters-Noordhoff, Groningen.
KOK, G., 1976. Attitudes en gedrag. Paper t.b.v. college Attitudes en Gedrag. Inst. voor Sociale- en Bedrijfspychologie, Rijksuniversiteit, Groningen.
KOMAROVSKY, M., 1961. Class differences in family decision-making on expenditures. In N. F. FOOTE (ed.). Household decisionmaking. New York Un. Press, New York.
KOPPERT, S. & Y. KNEGT, 1975. De waarheid van het voedsel; een speurtocht door

het domein van afwijkende voedingssystemen naar de mogelijke achtergronden. Scriptie vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
KORMAN, I. B., 1973. The effectiveness of contractual management in weight reduction groups. Diss. Abstr. 33 (9-B) maart: 4512-4513.
KOSKELA, K., P. PUSKA, & J. TUOMILEHTO, 1976. The North Karelia Project: a first evaluation. Int. J. Hlth Educ. XIX (1): 59-66.
KOTLER, P. & G. ZALTMAN, 1974-1975. Marketing in dienst van sociale verandering. Permanente Educ. Marketing I : 1-13.
KOTLER, P., 1972. The elements of social action. In G. ZALTMAN, P. KOTLER & I. KAUFMAN (eds.). Creating social change. Holt, Rinehart & Winston, New York, p. 172-185. Ook in G. ZALTMAN et al. (eds.), 1973. Processes and phenomena of social change. John Wiley & Sons, New York, p. 169-189.
KOUWENHOVEN, T., 1974. Enige fysiologische en psychologische waarnemingen op het gebied van de smaakgevoeligheid van proefpersonen. Veenman & Zn., Wageningen.
KRECH, D., R. S. CRUTCHFIELD & E. L. BALLACHEY, 1962. The individual in society. Mc Graw Hill, New York.
KUIPER, J. P., 1975. Het zal onze zorg zijn, inleiding tot de gezondheidkunde. Van Gorcum, Assen.
KUNKEL, J. H. & R. H. NAGASAWA, 1973. A behavioral model of man: propositions and implications. Am. Soc. Rev. 38 (5): 530-543.
KUYS, J., J. PLOMP & W. SCHOUTEN, 1975. Vetzucht, gedragstherapeutische behandeling van obesitas. Scriptie, Vrije Un. Amsterdam.
LANGENHEDER, W., 1975. Theorie menschlicher Entscheidungshandlungen. Enke Verlag, Stuttgart.
LENAHAN, R. J. et al., 1972. Consumer reaction to nutrition information on food product labels. Ithaca, Search 2 (15).
LEVENTHAL, H., 1973. Changing attitudes and habits to reduce risk factors in chronic disease. Am. J. Cardiol. 31 (mei): 571-580.
LEWIN, K., 1943. Forces behind food habits and methods of change. In The problem of changing food habits. National Research Council, Washington, Bull. 108: 35-65.
LEWIN, K., 1952. Field theory in social science, selected theoretical papers. Tavistock, London.
LEWIN, K., 1958. Group decision and social change. In E. MACCOBY, T. NEWCOMB & E. HARTLEY (eds.). Readings in social psychology. Holt, Rinehart & Winston, New York, p. 197-211.
LIERE, H. VAN & H. VAN DER WERFF,1975. Een eerste analyse van gegevens van het onderzoek naar de sociale, economische en pyschologische factoren die van invloed zijn op het voedingsgedrag, resp. - toestand van het schoolkind. Scriptie, vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
LIPPITT, R., J. WATSON, & B. WESTLEY, 1958. The dynamics of planned change. Harcourt & Brace, New York.
LISKA, A., 1974. Emergent issues in the attitude-behaviour consistency controversy. Am. Soc. Rev. 39 (2); 261-272.
LÖWE, H., 1975. Einführung in die Lernpsychologie der Erwachsenenalters. VEB Deutschen Verlag der Wissenschaften, Berlin.
MACALISTER, A. L., J. W. FARQUHAR, C. E. THORESEN & N. MACCOBY, 1976. Behavioral science applied to cardiovascular health: progress and research needs in the modification of risk-taking habits in adult populations. Hlth Educ. Monogr. 4 (1): 45-74.
MACCOBY, E., T. NEWCOMB & E. HARTLEY, 1958. Readings in social psychology Holt, Rinehart & Winston, New York.
MACCOBY, N. & J. W. FARQUHAR, 1975. Communication for health: unselling heart disease. J. of Comm. 25 (3): 114-126.
MACCOMBS, M. E. & D. L. SHAW, 1972. The agenda-setting function of massmedia. Publ. Opinion Q. 36 (2): 176-187.

MACGUIRE, W. J., 1966. The current state of cognitive concistency theories. In S. FELDMAN (ed.). Cognitive Consistency. Ac. Press, New York, p. 2-46.
MAIMAN, L. A. & M. H. BECKER, 1974. The health belief model: origins and correlations in psychological theory. Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 336-354.
MALETZKE, G., 1972. Einführung in die Massenkommunikationsforschung. Verlag Volker Spiess, Berlin.
MANOFF, R. K., 1973. Potential use of mass media in nutrition. J. Nutr. Educ. 5 (2): 125-129.
MANOFF, R. K., 1974. The effective use of mass media in nutrition education. PAG Bull. IV (1): 12-17.
MANOFF, R. K., 1976. Changing nutrition and health behaviour through the mass media. Nicaragua and the Philippines, an interim report.
MASLOW, A. H., 1954. Motivation and personality. Harper & Brothers, New York.
MASLOW, A. H., 1974. Motivatie en persoonlijkheid. Lemniscaat, Rotterdam.
MAY, J. F., 1974. Epidemiological cardiology. Ischaemic heart disease study, Vlagtwedde 1970. Diss. RU Groningen.
MEAD, M., 1963. The problem of changing food habits. National Research Council, Washington, Bull. no., 108: 20-31.
MEAD, M., 1948. Cultural contexts of nutritional patterns. Centennial Collected Papers.
MECHANIC, D., 1962. Students under stress: a study in the social psychology of adaptation. Free Press, New York.
MECHANIC, D., 1968. Medical Sociology: a selective view. Free Press, New York.
MECHANIC, D. & E. H. VOLKART, 1961. Stress, illness behaviour and the risk role. Am. Soc. Rev. 26: 51-58.
MEDNICK, S. A., 1966. Psychologie van het leren. Prisma compendia 28, Utrecht.
MEIDEN, A. VAN DER, 1975. De ethische aspecten van massa-communicatie. In H. FERRÉE (ed.). Groot praktijkboek voor effectieve communicatie. Kluwer, Deventer, p. 4.8-01—4-8-22.
MERTON, R. K., 1957. Social theory and social structure. Free Press, Glencoe.
MEYER, J. L. & A. A. J. VAN DE BROECKE, 1971. Problematiek van het kiezen en beslissen in de huishoudelijke sfeer. NITHO, Amstelveen.
MIETTINEN, O.S. et al., 1972. Effects of cholesterol-lowering diet on mortality from coronary heart disease and other causes: a 12 year clinical trial in men and women. Lancet 2 (21 Oct.): 835-838.
MIETTINEN, O.S., 1973. Risk indicators for coronary heart disease. Hart Bull. 4 (3): 64-70.
MILLER, G. R., 1966. On defining communication: another stab. J. Commun. 16 (2): 88-98.
MILLER, N. E. & J. DOLLARD, 1941. Social learning and imitation. Yale Un. Press, New Haven.
MRFIT, 1974. Six years and 12.000 men: some answers to heart disease? J. Am. Med. Ass. 277 (11): 1243/'44 + 1253.
MYERS, H. H., R. R. STANTON & A. F. HAUG, 1971. Correlates of buying behaviour; social class versus income. J. Marketing 35(4): 8-15.
Nationaal Onderzoek Persmedia, 1972 (1977 in voorbereiding).
NELISSEN, P. L. C., 1976. Het strategisch karakter in de aanpak der massacommunicatie voor commerciële doeleinden. Symposiumverslag 'Een 10 voor gedrag'. Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag.
NIEHOFF, A., 1969. Changing food habits. J. Nutr. Educ. 1 (1): 10-11.
NISBETT, R. E., 1968. Taste, deprivation and weight determinants of eating behaviour. J. Pers. Soc. Psychol. 10 (2): 107-116.
NISBETT, R. E. & D. E. KANOUSE, 1969. Obesity, food deprivation and supermarket shopping behaviour. J. Pers. Soc. Psychol. 12 (4): 289-294.
NOWOTNY, H. & M. E. A. SCHMUTZER, 1974. Gesellschaftliches Lernen, Wissenerzeugung und die Dynamik von Kommunikationsstrukturen.

Herder & Herder, Frankfurt.
Nutritional knowledge and attitudes of the British public and its significance for the food manufacturers and advertisers, 1963. Management information Ltd., London.
NUTTIN, J., 1960. Tâche réussite et echec. Studia Psychologica. Beatrice Nauwelaerts, Paris.
NUTTIN, J., 1963. The future time perspective in human motivation and learning. 17th Int. Congress of Psychology, Washington.
NUTTIN, J., 1967. Reward and task orientation in human learning. Psychologia 10: 177-185.
OSMAN, J. D., 1973. A rationale for using value-clarification in health education. J. Sch. Hlth 18 (10): 621-623.
OSMAN, J. D., 1973. Teaching nutrition with a focus on values. Nutr. News 36 (4): 5-7.
OSMAN, J. D., 1974. The use of selected value-clarification strategies in health education. J. Sch. Hlth 19 (1): 21-25.
ÖSTBY, N., 1976. Health education in Sweden. Nat. Board of Health & Welfare. Committee of Health Education, Stockholm.
OSTROM, T. M. & T. C. BROCK, 1968. A cognitive model of attitudinal involvement. In R.P. ABELSON et al. (eds.). Theories of cognitive consistency. Rand Mc Nally & Comp., Chicago, p. 373-383.
PACKARD, V., 1957. Hidden persuaders. David McKay Comp, New York.
PARIJS, L. G. VAN, 1975. Gezondheidsopvoeding. Leiding 2, drie maandelijks tijdschrift van de landbond der christelijke mutualiteiten, Brussel, p. 88-167.
PENICK, S. B. & A. J. STUNKARD, 1973. Newer concepts of obesity. In N. KIELL (ed.). The psychology of obesity, dynamics and treatment. Charles C. Thomas, Springfield, p. 5-14.
PETERS-NANNINGA, M. M. & H. M. E. BESSEMS-DESTAEBELE, 1976. De factoren van invloed op de kennis van voedingsleer op de voeding in het gezin. Voeding 28 (2): 57-66; (3): 103-111.
PEYPE, D. C. J. VAN, 1973. In W. F. M. DE HAES. First International Congress on Drug Education, Montreux. Verslag van een dienstreis. GG & GD, afd. G.V.O., Rotterdam, p. 5-6.
PINSON, C. & E. L. ROBERTO, 1973. Do attitude changes precede behaviour change? J. advertising res. 13 (4): 33-39.
POOL, J. DE SOLA & W. SCHRAMM (eds.), 1973. Handbook of communication. Rand MacNally & Comp., Chicago.
POOLTON, M. A., 1972. Predicting application of nutrition education. J. Nutr. Educ. 4 (3): 110-113.
PRESVELOU, C., 1970. Family interactions in home management. Marktonderz. Kwartaalschr. 4: 4-17.
Prevention of coronary heart disease: official recommendations for Scandinavia, 1968. Circulation 37: 327.
Prevention of coronary heart disease, 1976. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London and the British Cardiac Society. J. Royal Coll. Physic. 10 (3): 213-275.
PRICE, J. M. & J. GRINKER, 1973. Effects of degree of obesity, food deprivation and palatability on eating behaviour of humans. J. comp. physiol. Pyschol. 85 (2): 265-271.
Primary prevention of the atherosclerotic diseases, 1970. Intersociety Commission for Heart Disease Resources. Circulation 42: 29, revised 1972.
PUSKA, P. et al., 1976. The North Karelia Project: a program for community control of cardiovascular diseases. Scand. J. Soc. Med. 4: 57-60.
PUSKA, P., 1973. The North Karelia Project: an attempt at community prevention of cardiovascular disease. Chronicle Wld Hlth Org. 27 (2): 55-58.
PYE, O. O., C. G. BROOKS & M. M. WINSTON, 1970. Developing a program of learning on the fat-controlled diet. J. Am. Diet. Assoc. 57: 428-431.

QUACK, L., 1972. Überlegungen zur Wirksamkeit der Gesundheitserziehung. Int. J. Hlth Educ. 15 (3): 159-168.
RACHMAN, S., 1970. The modification of attitudes and behaviour. In P. GYÖRGI & O. L. KLINE (ed.). Malnutrition is a problem of ecology. Karger, Basel, p. 132-141.
RADKE, M. & E. K. CASO, 1948. Lecture and discussion-decision methods of influencing food habits. J. Am. Diet. Assoc. 24: 23-31.
RAPPORT over verschillende experimenten voor groepsbehandeling van vetzuchtigen in ZH en Utrecht, 1973. Stichting Interkruis ZH.
REEDER, L. G. & E. BERKANOWITZ, 1973. Sociological concomitants of health orientations: a partial replication of Suchman. J. Hlth. Soc. Behav. 14 (june): 134-143.
REICHSMAN, F. (ed.), 1972. Hunger and satiety in health and disease. Adv. Psychosom. Med. 7. Karger, Basel.
REMMEL, P. S., 1969. A dietary program to lower serum cholesterol. J. Am. Diet. Assoc. 54: 13-19.
REPORT of the president's committee on health education, 1974. Washington.
RETHANS, E. J. M., W. A. VAN STAVEREN & M. J. VAN STIGT THANS, 1976. Voeding in Nederland. Rapport 76.03, vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
RIJNEVELD-VAN DIJK, H. L. G., 1976. Voorlichting, effectiviteit en ethisch handelen. Persbericht 1642, Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag.
RINZLER, S. H., 1968. Primary prevention of coronary heart disease by diet. Bull. NY Ac. Med. 44 (8).
ROBERTSON, T. S., 1971. Innovative behaviour and communication. Holt, Rinehart & Winston, New York.
ROGERS, E. M., 1973. Social structure and social change. In G. ZALTMAN et al. (eds.). Processes and phenomena of social change. John Wiley & Sons, New York, p. 75-89.
ROGERS, E. M., 1975. Where we are in understanding innovation. East-West Communication Institute. Conference of Communication and Change: ten years after, Jan. 1975. Ook in LERNER, P. & W. SCHRAMM (eds.). Communication and Change: ten years after. Un Press. Hawaii, Honolulu, 1976.
ROGERS, E. M. & F. F. SHOEMAKER, 1971. Communication of innovations, a cross-cultural approach. Free Press, New York.
RÖLING, N. G., 1976. Research on the diffusion of innovations: its lessons for extension. Int. Agricultural Centre, Wageningen.
ROMANCZYK, R. G., 1974. Self-monitoring in the treatment of obesity: parameters of reactivity. Behav. Ther. 5 (4): 513-540.
ROSENSTOCK, I. M., 1969. Psychological forces, motivation and nutrition education. Am. J. Publ. Hlth 59: 1992-1997.
ROSENSTOCK, I. M. 1974, Historical origins of the health belief model. Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 328-336.
ROSENSTOCK, I. M., 1974. The health belief model and preventive health behaviour Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 354-387.
ROSENSTOCK, I. M. & J. P. KIRSCHT, 1974. Practice implications. Hlth Educ. Monogr. 2 (4): 470-474.
ROTHMAN, J., 1974. Planning and organization for social change, action principles from social science research. Columbia Un. Press, New York.
ROTTER, J. D., 1954. Social learning and clinical psychology. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
ROUWENHORST, W., 1977. Leren gezond te zijn? Samsom, Alphen aan den Rijn.
ROYEN, I., 1972. Gezondheidsagogiek. Bull. GVO 4: 1-6.
SACKET, D. & B. HAYNES, 1976. Compliance with therapeutic regimens. John Hopkins Un. Press, Philadelphia.
SCHACHTER, S., 1971. Cognitive effects on bodily functioning: studies of obesity and eating. In E. M. MACGINNIES & C. B. FERSTER (eds.). The reinforcement of social behaviour. Houghton Mifflin Comp., Boston, p. 67-83.
SCHACHTER, S., 1972. Obesity and eating. In A. M. SNADOVSKY (ed.). Social

Psychology Research: laboratory-field relationships. Collier MacMillan, London, p. 16-33.
SCHACHTER, S., R. GOLDMAN & A. GORDON, 1968. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. J. Pers. Soc. Psychol. 10 (2): 91-97.
SCHACHTER, S. & C. P. GROSS, 1968. Manipulated time and eating behaviour. J. Pers. Soc. Psychol. 10 (2): 98-106.
SCHAIK, Th. F. S. M. VAN , 1958. Maatschappelijke invloeden op het voedingspatroon scriptie. Ook in Voeding 22 (1961) 3 (mrt.): 95-107 + 4 (april): 154-171.
Sch. Hlth. Rev., 1974. Special feature: values clarifications 5 (1): 1-50.
SCHRAMM, W., 1973. Men, messages and media, a look at human communication. Harper & Row, New York.
SCHWITZGEBEL, R. K. & D. A. KOLB, 1974. Changing human behaviour, principles of planned intervention. McGraw Hill, New York.
SHERIF, C. W. & M. SHERIF, 1967. Attitude, ego-involvement and change. John Wiley & Sons, London.
SILVERSTONE, J. T., 1973. Psychosocial aspects of obesity. In KIELL (ed.). The psychology of obesity, dynamics and treatment. Charles C. Thomas, Springfield, p. 67-74.
SIPPLE, H. L., 1971. Problems and progress in nutrition education. Nutr. Educ. Today, July: 19-21.
SKINNER, B. F., 1938. The behaviour of organisms. Appleton-Century Crofts, New York.
SKINNER, B. F., 1953, 1960. Science & human behaviour. MacMillan Comp., New York.
SKINNER, B. F., 1971. Beyond freedom and dignity. Psychol. Today, Aug.: 37-80; Bantam Books, New York.
SMITH, M. B., J. S. BRUNER & R. W. WHITE, 1956. Opinions and personality, John Wiley & Sons, New York.
SNADOVSKY, A. M. (ed.), 1972. Social Psychology Research: laboratory-field relationships. Free Press, New York.
SNELBECKER, G. E., 1974. Learning theory, instructional theory, and psycho-educational design. Mc Graw Hill, New York.
SNELLEN, I. Th. M., 1975. Benaderingen in strategieformulering. Samsom, Alphen aan den Rijn.
Sociale interactie en consumptief gedrag: een terreinverkenning, 1971. Marktonderz. kwartaalschr. 4: 3-39.
STAPPERS, J. G., 1966. Publicistiek en communicatiemodellen. Diss. Kath. Un., Nijmegen.
STAPPERS, J. G., 1973. Massa-communicatie, een inleiding. Cahiers over massacommunicatie. Wet. Uitg, Amsterdam.
STEELE, J. H. & W. H. MCBROOM, 1972. Conceptual and empirical dimensions in health behaviour. J. Hlth Soc. Behav. 13 (4): 382-392.
STEUART, G. W., 1965. Health, behaviour and planned change: an approach to the professional preparation of the health education specialist. Hlth Educ. Monogr. 20: 3-27.
Stichting Voorlichtingsbureau Vlees, Vleeswaren en Vleesconserven, 1976. Den Haag.
STRIEN, P. J. VAN, 1975. Maslow's halve humanisme. Intermediair 11 (43): 1-7.
STUART, R. B., 1967. Behavioral control of overeating. Behav. Res. Ther. 5: 357.
STUART, R. B. & B. Davis, 1972. Slim chance in a fat world, behavioral control of obesity. Research Press, Champaign, Illinois.
STURMANS, F., P. G. H. MULDER & H. A. VALKENBURG, 1975. Schatting van het mogelijke effect van interventiemaatregelen ten aanzien van ischaemische hartziekten door middel van het attributieve risico-percentage. Tijdschr. soc. Geneesk. 53: 808-814.
SUCHMAN, E. A., 1965. Social patterns of illness and medical care. J. Hlth Hum. Behav. 6 (Spring): 2-16.

SUCHMAN, E. A., 1967. Evaluative research; principles and practice in public and social action program's. Russel Sage Foundation, New York.
SUMMERS, J. O., 1972. Media exposure patterns of consumer innovators. J. Marketing 36 (1): 43-49.
SWAAK, R. J., 1973. De diëtiste en de maatschappelijke gezondheidszorg. Ned. Tijdschr. Diëtisten 28 (2): 77-84.
SWINEHART, J. W., 1968. Voluntary exposure to health communications. Am. J. Publ. Hlth 58; 1265-1275.
TELLEGEN, E., 1970. Medische sociologie, een literatuurverkenning. Samsom, Alphen aan den Rijn.
THOMPSON, W. N., 1975. The process of persuasion: principles and readings. Harper & Row, London.
TICHENOR, P. J., G. A. DONOHUE & C. N. OLIEN, 1970. Mass media flow and the differential growth of knowledge. Publ. Opinion Q. 34 (2): 159-170.
TICHENOR, P. J., J. M. RODENKIRCHEN, C. N. OLIEN & G. A. DONOHUE, 1973. Community issues, conflict and public affairs. In P. CLARKE (ed.). New models for mass communication research. Sage Annual Reviews of Communication Research II, Beverly Hills, p. 45-79.
TURPEINEN, O. et al., 1968. Dietary prevention of coronary heart disease: long term experiment. Am. J. Clin. Nutr. 21 (4): 255-276.
TWADDLE, A. C., 1969. Health decisions and sick role variations, an exploration. J. Hlth Soc. Behav. 10: 105-115.
UPPAL, S. C., 1974. Coronary heart disease, risk pattern in Dutch youth, a pilot study in Westland schoolchildren. New Rhine Publ., Leiden.
VARGAS, J. S., 1971. Teaching as changing behaviour. J. Am. Diet. Assoc. 58: 512-515.
VAVRA, C. E., L. S. URBAIN & A. SHAW, 1966. Meeting the challenge of educational care in heart disease. Am. J. Publ. Hlth 56: 1507-1511.
VELDHOVEN, G. M. VAN & A. VAN DER ZWAN, 1971. Sociale Interactie en Consumptief gedrag. Marktonderz. Kwartaalschr. 4.
VENKATESAN, M., 1975. Marketing of health maintenance organizations: consumer behaviour perspectives. In G. ZALTMAN & D. STERNTHAL (eds.). Broadening the concept of consumer behaviour. Ass. for Consumer Research, p. 45-69.
VERKLEY, M., 1976. Praktijkverslag van drie participerende observaties in drie gezinnen. Vakgroep Humane Voeding, LH, Wageningen.
VERMA, S. & J. H. JONES, 1973. Educational participation and dietary changes of EFNEP homemakers in Louisiana. Home Econ. Res. J. 2 (2): 94-104.
VESTER. F. 1976. Hoe wij denken, leren en vergeten. Bosch & Keuning NV, Baarn.
WAGNER, F. F., 1964. Some principles of adult education. J. Am. Diet. Assoc. 44: 34-35.
WALBEK, N. H., 1973. Precepts, paragons, and practice: the effects of various methods of nutrition instruction on attitudes, knowledge and behaviour. J. Soc. Psychol. 91: 197-205.
WANG, V. L., P. H. EPHROSS & L. W. GREEN, 1975. The point of diminishing returns in nutrition education through home visits by aides: an evaluation of EFNEP. Hlth Educ. Monogr. 3 (3): 70-88.
WEBER, M., 1949. The methodology of the social science. Free Press, New York.
Weg, de, van voorlichting over voeding, 1972. Rapport aangeboden door het Instituut voor Sociaal- en Economisch Onderzoek aan het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag.
Werkgroep massacommunicatie, 1975. Collegedictaat massacommunicatie. RU Utrecht.
Werkgroep nationaal plan voor GVO, 1974. Een structuur voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Leidschendam.
WESTMAAS-JES, M. M., 1975. Verslag van het project Evaluatie voedingsvoorlichting van de Nederlandse Hartstichting. Vakgroep Voorlichtingskunde, LH, Wageningen.

WESTMAAS-JES, M. M., 1976. Voedingsvoorlichting gericht op preventie van hart- en vaatziekten. T. soc. Geneesk. 54 (1): 11-18.
WICKER, A. W., 1969. Attitudes versus actions: the relationship of verbal and covert behavioral responses to attitude objects. J. Soc. Issues XXV (4): 41-78.
WIEGMAN, O., 1975. Aanstekelijkheid van gedrag. Diss., Utrecht.
WIJN, J. F. DE, 1968. Veranderingen in het Nederlandse voedingspatroon. Voeding 29 (11): 490-504.
WIJN, J. F. DE, 1973. Changing food habits and fats in the food pattern of the Netherlands. In Wie krijgt een hartinfarct? Symposium 24 mrt. 1973, p. 17-25.
WIJN, J. F. DE, 1976. Voedsel ter overdenking bij het symposium 'Op weg naar een voedsel- en voedingsbeleid in Nederland'. Voeding 37 (8): 468-480.
WIJN, J. F. DE & W. A. VAN STAVEREN, 1973. De voeding van elke dag. Erven Bohn, Haarlem.
WILMOT, J. S. & M. Q. BATJER, 1966. Food for the family. J. B. Lippincott Comp., Philadelphia.
WILSON, D. T., H. L. MATTHEWS & J. W. HARVEY, 1975. An empirical test of the Fishbein behavioral intention model. J. Consumer Res. 1 (4): 39-49.
WRIGHT, Ch. R., 1959. Mass communication; a sociological perspective. Random House, New York.
YOUNG, M. A. C., 1967. Review of research and studies related to health education practice, section 3, communication. Hlth Educ. Monogr. 25: 1-70.
ZALTMAN, G. et al., 1973. Processes and phenomena of social change. John Wiley & Sons, New York.
ZANT, J. L., 1975. Welke vermageringsmethode is het meest effectief? Tijdschr. Psychother. 1 (4): 156-166.
ZANT, J. L., 1976. Zelfstandig vermageren in 8 weken. Elsevier, Amsterdam.
ZIMMERMAN, R. R. & N. MUNRO, 1972. Changing Head Starts mothers' food attitudes and practices. J. Nutr. Educ. 4: 66-68.
ZONNEVELD, R. J. VAN, 1974. Sociale geneeskunde, een algemene inleiding. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht.

Toelichting
Om de vele overwegingen bij de opzet van voorlichtingsstrategieën die in de voorafgaande literatuurstudie naar voren zijn gekomen, in een hanteerbare vorm te presenteren, zijn deze overwegingen gebundeld tot een soort checklist. Hierbij zijn de aandachtspunten gegroepeerd volgens de onderdelen:
- probleemanalyse;
- doelen;
- doelgroepen;
- inhoud;
- methodiek;
- structuur;
- evaluatie;
- mens- en maatschappijbeelden.

Als doel van een dergelijke checklist zie ik, dat diegenen belast met het opzetten van voedingsvoorlichting:
a. de kernvragen (A 1, A 2, B 1 etc.) beantwoorden, voordat zij tot formulering van een strategie overgaan;
b. deze antwoorden ook gebruiken bij de opzet van een strategie;
c. de met ' aangegeven nadere detaillering van sommige vragen alleen nagaan als zij de desbetreffende kernvraag als essentieel zien.

Deze lijst is dus duidelijk bedoeld als hulpmiddel om geen punten over het hoofd te zien. Uitdrukkelijk zij gesteld dat iedere werker altijd zal werken met een aan de eigen situatie en behoefte aangepaste versie.

A. Probleemanalyse

> Toelichting.
> Degenen belast met de opzet van een voorlichtingsstrategie zijn lang niet altijd degenen die de vraag naar voorlichting stellen. [a]. Het eerste checkpunt gaat uit van de situatie dat vraagstellers en voorlichtingsdeskundigen niet dezelfden zijn.

A 1 Mate van overeenstemming in visie op probleem, verwachtingen etc.
1.1 achtergronden van waaruit de vraag naar voorlichting gesteld wordt, zijn: . . . . . .
1.2 verwachtingen van de opdrachtgever/vraagsteller omtrent de te bereiken resultaten zijn . . . . .
1.3 de te verwachten samenwerkingsbereidheid is . . . . .

A 2 Tegenkrachten tegen het gewenste [b]) voedingsgedrag [c]) liggen in:
2.1 individuele belemmeringen, nl. . . . . → A 2.1' (Z.O.Z.)
2.2 belemmeringen op mesoniveau, nl. . . . . → A 2.2' (Z.O.Z.)
2.3 belemmeringen op macroniveau, nl. . . . . → A 2.3' (Z.O.Z.)

> Toelichting.
> Beantwoording van deze vraag leidt tot een (voorlopig) inzicht in mogelijke doelen en doelgroepen.
> De vragen dienen voor elke doelgroep afzonderlijk te worden gesteld. In de loop van de campagne is voortdurend bijstellen (= opnieuw de vragen stellen) noodzakelijk.

A 3 Beeld van de zender bij de doelgroep is:

– onbekend — bekend, nl. . . . . .
– positief — negatief, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

> Toelichting
> Ook deze vraag dient voor elke doelgroep afzonderlijk te worden gesteld.

a. Met name g.v.o.-consulenten op regionaal en provinciaal niveau krijgen veelal vragen voorgelegd in de vorm van een probleem 'waaraan we met voorlichting iets moeten doen'. We doelen hier met vraagstellers dan ook op de personen of instanties die het probleem en de vraag naar voorlichting stellen.

b. Gewenste wordt hier en ook verder in de lijst gebruikt in de zin van het voedingsgedrag zoals dat bij de huidige stand van wetenschappelijk onderzoek geacht wordt bij te dragen tot vermindering van het risico voor hart- en vaatziekten.

c. We spreken terwille van de aansluiting met de literatuurstudie over voedingsgedrag. Bij vrijwel alle checkpunten kan echter voor voedingsgedrag ook gelezen worden 'gezond gedrag' of 'gezondheidsgedrag'.

A 2.1'

individuele belemmeringen, bijvoorbeeld
– ontbrekende kennis, nl. . . . . .
– onjuiste kennis, nl. . . . . .
– gebrek aan vaardigheden, nl. . . . . .
– gewoonten, strijdig met het gewenste gedrag, nl. . . . . .
– gebrek aan middelen, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

A 2.2'

belemmeringen op mesoniveau, bijvoorbeeld
– sociale controle, nl. . . . .
– houding van de directe sociale omgeving, nl. . . . . .
– gedrag van de directe sociale omgeving, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

A 2.3'

belemmeringen op macroniveau, bijvoorbeeld
– wetgeving, strijdig met het gewenste voedingsgedrag, nl. . . . . .
– overheidsmaatregelen, strijdig met gewenste gedrag, nl. . . . . .
– produktiesystemen, strijdig met het gewenste gedrag, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

B. Doelen

B 1 De doelen worden bepaald door:
– de voorlichtingsorganisatie, nl. . . . . .
– de voorlichter, nl. . . . . .
– de doelgroep, nl. . . . . .
– de financiers, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

B 2 Zijn de gestelde doelen – gegeven de beschikbare en verkrijgbare middelen – met voorlichting/communicatie te bereiken?
ja/nee, nl. . . . . .

> Toelichting.
> Het volgende punt (zie ook de uitwerking in B.3') moet een keuze mogelijk maken tussen doelen op het vlak van:
> . . . . . probleembewustmaking,
> . . . . . veranderen van kennis, houding of gedrag,
> . . . . . probleemoplossing.
> Ook deze vragen worden weer per doelgroep afzonderlijk gesteld.

B 3 De doelgroep ziet het probleem:
wel/niet, nl. . . . . → B 3' (Z.O.Z.)

> Toelichting.
> Ter concretisering van de doelen is de vraag zinvol: wat zou er bij maximaal succes van de voorlichtingscampagne na afloop ervan veranderd moeten zijn? Dit alweer bij verschillende doelgroepen.

B 3'

– Het probleem – de noodzaak tot preventie van hart- en vaatziekten – is:
bekend niet bekend, nl. . . . . .

– De oplossing ziet de doelgroep als:
een zaak voor deskundigen (medici e.d.) eigen verantwoordelijkheid, nl. . . . .

– Hart- en vaatziekten worden ervaren als:
ernstig niet ernstig, nl. . . . . .

– De doelgroep ervaart de eigen mogelijkheden tot preventie als:
nihil zeer groot, nl. . . . .

– Oordeel over huidige eigen voedingsgedrag . . . . .

– Oordeel over gewenst voedingsgedrag . . . . .

– Verschillen tussen wat de voorlichter als gewenst ziet en wat de doelgroep als gewenst ziet, zijn:
aanwezig afwezig, nl. . . . .

– Barrières tussen het huidige voedingsgedrag en het gewenste voedingsgedrag (zoals ervaren door de doelgroep) . . . . .

– Mogelijkheden deze barrières te overwinnen (zoals ervaren door de doelgroep) . . . . .

C. Doelgroepen

> Toelichting.
> Het is mogelijk doelgroepen te kiezen afhankelijk van de naar aanleiding van B. gestelde doelen. Anderzijds is ook mogelijk de doelgroepen eerder vast te stellen, bijv. omdat de voorlichtingsorganisatie zich beperkt tot bepaalde doelgroepen, en dan pas per doelgroep doelen te stellen.

C 1 Mogelijke doelgroepen . . . . .

C 2 Volgorde voor benadering in de tijd van diverse doelgroepen . . . . .

C 3 Kenmerken van de doelgroep 'publiek' met betrekking tot:
3.1. besluitvorming rond en aankoop van voedingsmiddelen . . .→C.3.1.', (Z.O.Z.)
3.2. beschikbare middelen en vaardigheden . . . . →C.3.2.' (Z.O.Z.)
3.3. overige . . . . . →C.3.3.' (Z.O.Z.)

C 4 Gewenste homogeniteit op voor de strategie essentiële kenmerken, nl. op:
4.1 besluitvorming rond en aankoop van voedingsmiddelen:
ja/nee, nl. . . . . .
4.2 beschikbare middelen en vaardigheden:
ja/nee, nl. . . . . .
4.3 overige:
ja/nee, nl. . . . . .

C 5 Criteria die een rol spelen bij de doelgroepkeuze:
– beïnvloedbaarheid: ja/nee, nl. . . . . .
– bereikbaarheid: ja/nee, nl. . . . . .
– sneeuwbaleffect: ja/nee, nl . . . . .
– invloed op wetgeving en beleid: ja/nee, nl. . . . . .
– positie in de gezondheidszorg: ja/nee, nl. . . . . .
– bestaan van contact met voorlichting: ja/nee, nl. . . . . .
– vraag naar voorlichting: ja/nee, nl. . . . . .
– mate van afwijking van gewenst gedrag ('risico'): ja/nee, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

C 3.1'
– Feitelijke beschikbaarheid aan voedingsmiddelen . . . .

– Verkrijgbaarheid:
zeer gemakkelijk zeer moeilijk, nl. . . . .

– Beslissing over wat ingekocht wordt, ligt bij . . . .

– Beslissing over wat er gegeten wordt, ligt bij . . . . .

– Kinderen bepalen mede het huidige voedingsgedrag door:
meewinkelen: ja/nee, nl. . . . . .
vragen om: ja/nee, nl. . . . . .
niet lusten: ja/nee, nl. . . . . .
overigens, nl. . . . .

– Man bepaalt mede het huidige voedingsgedrag door: . . . . .
meewinkelen: ja/nee, nl. . . . . .
vragen naar: ja/nee ,nl. . . . . .
niet lusten: ja/nee, nl. . . . . .
overigens, nl. . . . . .

C 3.2'
– Gebrek aan voor gewenst voedingsgedrag noodzakelijke vaardigheden. nl. . . . .

– Beschikbare (lichamelijke en mentale) energie voor:
keuze, ...
inkoop . . . . .
bereiding . . . . .
consumptie . . . . .
overige aspecten rond voedingsgedrag . . . . .

C 3.3'
– Veel leden zijn zelf te dik: ja/nee, nl. . . . .

– Houding van de directe sociale omgeving tegenover obesitas, is:
positief negatief nl, ...
accepterend niet accepterend, nl. . . . .
overigens, nl. . . . .

– Opleiding . . . .
– Leeftijd . . . .
– Kennis met betrekking tot voeding . . . .
– Houding met betrekking tot voeding . . . .
– Gedrag met betrekking tot voeding . . . .
– Veranderingsgezindheid . . . .
– Zelfvertrouwen . . . .
– Overige . . . .
– Leden van de doelgroep leven:
alleen, nl. . . . . .
in gezin, nl. . . . . .
met meer generaties, nl. . . . . .
bij ouders in, nl. . . . . .
met dagelijks (koffie)contact met ouders/moeder, nl. . . . . .
overigens, nl. . . . . .

D. Inhoud

D 1 Beeld van het huidige voedingsgedrag dat uitgangspunt is voor formulering van de boodschap . . . . .

D 2 Bestaande afwijkingen van dit 'traditionele' voedingsgedrag, waarop in de boodschap kan worden aangesloten, zijn: . . . . .

D 3 Associaties van (leden van) de doelgroep bij de woorden:
'gezonde voeding' . . . . .
'gezond eten' . . . . .

D 4 Argumenten, behoeften en waarden waarop de boodschap kan worden afgestemd:

4.1 met betrekking tot het huidige voedingsgedrag . . . . . → D 4.1.' (Z.O.Z.)

4.2 met betrekking tot het gewenste voedingsgedrag . . . . . → D 4.2.' (Z.O.Z.)

4.3. overige, nl. . . . . .

D 5 De boodschap wordt gepresenteerd:
geïsoleerd als onderdeel ruimer programma, nl . . . .

D 6 Het gewenste gedrag is uiteengelegd in zo concreet mogelijke deelfacetten:
ja/nee, nl. . . . .

D 7 De presentatie is:
bedreigend angstreducerend, nl. . . .

Toelichting.
De punten zijn ook hier weer algemeen gesteld maar opnieuw geldt, dat voor elke doelgroep afzonderlijk het punt gesteld moet worden.

D 4.1'

– Argumenten voor het huidige voedingsgedrag . . . . .

– Aan anderen toegeschreven argumenten voor hun voedingsgedrag . . . . .

– De argumenten houden verband met:
gezondheid: ja/nee, nl. . . . . .
gezelligheid: ja/nee, nl. . . . . .
gewoonten: ja/nee, nl. . . . . .
zekerheid: ja/nee, nl. . . . . .
prestige: ja/nee, nl. . . . . .
status: ja/nee, nl. . . . . .
overige, nl. . . . . .

– De genoemde behoeften zijn ook te vervullen door:

het gewenste voedingsgedrag (zie D. 4.2.')
buiten voedingsgedrag om: ja/nee, nl. . . . . .

D 4.2.'

– Het gewenste voedingsgedrag is in verband te brengen met:

gezondheid: ja/nee, nl. . . . . .
gezelligheid: ja/nee, nl. . . . . .
gewoonten: ja/nee, nl. . . . . .
zekerheid: ja/nee, nl. . . . . .
prestige, ja/nee, nl. . . . . .
status: ja/nee, nl. . . . . .
overige, nl. . . . . .

E. Methodiek

E 1 Voorlichtingsmethoden en hulpmiddelen die de voorlichter zelf beheerst, zijn: . . . . .

E 2 Voorlichtingsmethoden en hulpmiddelen waarover de voorlichter kan beschikken via externe of andere interne deskundigen zijn: . . . . .

E 3 Te gebruiken (combinaties van) communicatiekanalen zijn: . . . . →E 3' (Z.O.Z.)

E 4 Mogelijkheden om aan te sluiten bij andere activiteiten rond voedingsgedrag (bijv. scholen) zijn: . . . . .

E 5 De doelgroep is geneigd te spreken over voedingsgedrag:
ja/nee, nl. . . . . →E 5' (Z.O.Z.)

E 6 Tegenwerkende/meewerkende krachten:

6.1. in de richting van het gewenste gedrag, zijn . . →E 6.1.' (Z.O.Z.)
6.2 in tegengestelde richting, zijn: . . . . . →E 6.2.' (Z.O.Z.)
6.3 overige, nl. . . . . → E 6.3' (Z.O.Z.)

Toelichting.
Een analyse van tegenwerkende en meewerkende krachten is te maken voor cliënt-doelgroepen, maar evenzeer voor de doelgroepen van functionarissen/beleidsbepalers. In dat geval wordt 'voedingsgedrag' vervangen door 'voedingsbeleid'.
We nummeren deze punten E.6.f(unctionaris).

E 6 f Tegenwerkende/meewerkende krachten:
6.1 f in de richting van het gewenste voedingsbeleid, zijn: →E 6.1. f' (Z.O.Z.)
6.2 f in tegengestelde richting, zijn: . . . . . → E 6.,2 f (Z.O.Z.)
6.3 f overige, nl. . . . . →E6.3 f' (Z.O.Z).

E 3'
Per combinatie van communicatiekanaal (kanalen) wordt nagegaan:
– bereik van de doelgroep . . . . .
– frequentie van het gebruik . . . . .
– kosten in tijd en geld . . . . .
– invloed op inhoud en vormgeving . . . . .
– overige, nl. . . . . .

E 5'
– Leden van de doelgroep spreken over voeding en veranderingen in voedingsgedrag met: . . . . .

– Leden van de doelgroep zoeken zelf al actief naar informatie rond het gewenste voedingsgedrag: ja/nee, nl. . . . .

– Leden van de doelgroep zijn over hun kennis en associaties rond voeding in het algemeen:
zeer zeker zeer onzeker, nl. . . . .

– Leden van de doelgroep zijn over hun kennis en associaties rond het gewenste voedingsgedrag:
zeer zeker zeer onzeker, nl. . . . .

E 6.1'
– In de richting van het gewenste gedrag werken krachten vanuit:
het individu zelf, nl. . . . . .
de sociale omgeving, nl. . . . .
de maatschappij, nl. . . . .

E 6.2'
– Tegen het gewenste gedrag werken krachten vanuit:
het individu zelf, nl. . . . . .
de sociale omgeving, nl. . . . . .
de maatschappij, nl. . . . . .

– Substituutgedrag dat dezelfde beloningen levert, is mogelijk:
ja/nee, nl. . . . . .

E 6.3'
– De gewenste veranderingen in voedingsgedrag zijn al algemeen onderwerp van gesprek: ja/nee, nl. . . . .

– Invloed van de voorlichter op het systeem van mee- en tegenwerkende krachten, is mogelijk door:
personen die het gewenste voedingsgedrag al vertonen als model op te voeren:
ja/nee, nl . . . .
modellen te creëren: ja/nee, nl. . . . .
tonen hoe verandering van gedrag positieve gevolgen heeft: ja/nee, nl . . . .
vanuit de bevolking invloed uit te oefenen op deze krachten (pressiegroepen):
ja/nee,nl. . . . .
overige, nl. . . . . .

E. 6.1 f'	analoog aan	E 6.1'
E. 6.2 f'		E 6.2'
E.6.3 f'		E 6.3'

F. Structuur

F 1 Niveau van de voorlichtingsorganisatie.

1.1 De voorlichtingsorganisatie legt onderdelen van de strategie vast:
ja/nee, nl. . . . . .. →F 1.1' (Z.O.Z.)

1.2 De financiers van de voorlichtingsorganisatie leggen onderdelen van de strategie vast:
ja/nee, nl. . . . . →F 1.2' (Z.O.Z.)

1.3 De organisatie beweegt zich in haar voorlichtingsactiviteiten
op zeer breed terrein, zeer smal terrein (bijv. één gezondheidsthema), nl. . . . .

1.4. Samenwerking met andere (voorlichtings)organisaties is:
goed mogelijk onmogelijk, nl. . . . .
al bestaand niet bestaand, nl. . . . .
overige, nl. . . . .

F 2 In de strategie is aangegeven:

– wie wat gaat doen, nl. . . . . .
– op welke termijn, nl. . . . . .
– wie het verloop coördineert, nl. . . . . .
– overige, nl.

Toelichting.
Geen voorlichter of voorlichtingsorganisatie werkt in een vacuüm. Belangen van grotere systemen kunnen grenzen èn mogelijkheden van een voorlichtingsprogramma sterk bepalen.
De volgende punten doelen op de maatschappelijke context waarin een voorlichtingsprogramma wordt opgezet.

F 3 De gewenste veranderingen in voedingsgedrag:
gaan in de richting van trends in de maatschappij . . . . .
gaan in tegengestelde richting, nl. . . . . .

F 4 De gewenste veranderingen in voedingsgedrag:
tasten bepaalde belangen in de maatschappij aan . . . . .
dienen bepaalde belangen (medestanders), nl. . . . . .

Toelichting.
Ook deze punten gelden zowel voor cliëntdoelgroepen als voor doelgroepen van functionarissen. 'Voedingsgedrag' vervangen we dan weer door 'voedingsbeleid'.

F 3 f De gewenste veranderingen in voedingsbeleid:
gaan in de richting van bepaalde trends in de maatschappij . . . . .
gaan in tegengestelde richting, nl. . . . . .

F 4 f De gewenste veranderingen in voedingsbeleid:
tasten bepaalde belangen in de maatschappij aan . . . . .
dienen bepaalde belangen (medestanders), nl. . . . . .

F 1.1.'
– De voorlichtingsorganisatie legt vast:

doelen: ja/nee, nl, ...
doelgroepen: ja/nee, nl. . . . . .
inhoud: ja/nee, nl. . . . . .
methodiek: ja/nee, nl. . . . . .
overige aspecten van de campagne: ja/nee, nl. . . . ..

F 1.2'
– De financiers van de voorlichtingsorganisatie leggen vast:

doelen: ja/nee, nl. . . . . .
doelgroepen: ja/nee, nl. . . . .
inhoud: ja/nee, nl. . . . . .
methodiek: ja/nee, nl. . . . . .
overige aspecten van de campagne: ja/nee, nl. . . . . .

G. Evaluatie

G 1 De mogelijkheden om resultaten van een evaluatie in te bouwen in het lopende of volgende programma's, zijn: . . . . .

G 2 Het meest wenselijk is een evaluatie naar:

– effectiviteit, nl. . . . . .
– efficiëntie, nl. . . . . .
– procesverloop, nl. . . . . .
– waardering, nl. . . . . .
– overige, nl. . . . . .

G 3 De aanwezige mogelijkheden voor evaluatie zijn:
– intern: . . . . .
– extern: . . . . .
– anders, nl. . . . . .

G 4 Evaluatie wordt uitgevoerd:
– tijdens het programma, nl. . . . .
– direct na het programma, nl. . . . .
– $^1/_2$ jaar na het programma, nl. . . . . .
– 1 jaar na het programma, nl. . . . . .
– 5 jaar na het programma, nl. . . . . .
– anders, nl. . . . . .

H. Mens- en maatschappijbeelden

H 1 In de totale voorlichtingsstrategie liggen prioriteiten in:
– het bereiken van bepaald voedingsgedrag: ja/nee, nl. . . . . .
– het welzijn van een bepaalde doelgroep, zoals gedefinieerd door die doelgroep: ja/nee, nl. . . . . .
– de organisatie van waaruit de strategie wordt opgezet: ja/nee, nl. . . . . .

H 2 De keuze voor een strategie is bepaald (geweest) door:

– mens- en maatschappijbeelden, nl. . . . . .
– niet-ideologische ('technische') criteria, nl. . . . . .
– overige criteria, nl. . . . . .

H 3 Wanneer belangen van een individuele cliënt en die van grotere groeperingen strijdig zijn, leggen we in het voorlichtingsprogramma prioriteiten bij:
– de belangen van individuele cliënten: ja/nee, nl. . . . .
– de belangen van grotere groeperingen: ja/nee, nl. . . . . .
– anders, nl. . . . . .

AUTEURSREGISTER

AAKSTER, C. W., 91
ABELSON, R. P., 9, 60.
ABRAHAMSON, E., 36, 113
Advies (vetten), 155
Advies (hart- en vaatziekten), 3
Advies (milieu), 158
AJZEN, I. A., 58, 59
ARNDT, J., 41, 53

BAKER, J. B., 108
BAKER, M. J. F., 45, 112
BAN, A. W. VAN DEN, 61, 62, 63, 70, 71, 127
BANDURA, A., 16, 17, 18, 116, 123
BARIC, L., 80, 92, 100, 104, 108, 111, 158
BAROFSKY, I., 156
BATJER, M. Q., 84, 85, 116, 156
BEECH, H. R., 154
Begrippenlijst, 6, 7, 8
BEILEN, E. VAN, 160
BENDER, A. E., 116
BENDER, D. A., 116
BENNE, K. D., 158
BENNIS, W. G., 73, 158
BERELSON, B., 46, 153
BERKANOWITZ, E., 90
BERLO, D. K., 63, 64
BERMAN, E. M., 107
BESSEMS-DESTAEBELE, H. M. E., 44
BEUGEN, M. VAN, 65, 66, 67, 97, 124, 127, 155
BJURULF, P., 36
BLIX, G., 25, 42, 159
BLOOD, R. O., 37
BOLTANSKI, L., 90
BOS, A. H., 67, 192
BOSCH, J. A., 112
BOWER, G. H., 16
BREHM,. J. W., 60
BRITT, S. H., 46, 47
BROCK, T. C., 153
BROECKE, A. A. J. VAN DE, 37
BRUNER, J. S., 11, 41, 42, 153
BYLUND, H. B., 33
BRUVOLD, W. H., 59

CAPLAN, N., 158
CAPRETTA, P. J., 19, 20, 21
CARRUTH, B. R., 108, 110
CASO, E. K., 108, 110
CASSEE, E. Th., 78, 81, 82
CBS, 126, 153
CERHA, J., 32
CHAFFEE, S. H., 31
CHIN, R., 158
CHISNALL, P. M., 41, 53
CHOY, J., 94
CHRISTAKIS, G., 3
CLEARY, H. P., 94
COBB, S., 79, 80
COHEN, A. R., 60
COLEMAN, J. S., 13
CRESPI, I., 58, 59
CROON, P., 97
CRUTCHFIELD, R. S., 46

DALDERUP, L. M., 3, 155
DAVIS, B., 35, 36, 115, 116, 158
DEFARES, P. B., 87, 88
DEUTSCH, M., 10
Diet, 159
DILLEHAY, R. C., 155
DOLLARD, J., 16, 18, 154
DOORN, J. A. A. VAN, 13, 14, 27
DWYER, J. T., 36, 116, 157

EDEMA, J., 6
ELDRIDGE, J. E. T., 28
ENDEPOLS, J., 61
ETZIONI, A., 155
Evaluatie, 109

FARQUHAR, J. W., 154, 159
Feiten en cijfers, 31
FELDMAN, S., 154
FERRÉE, H., 55, 160
FERSTL, R., 115
FESHBACH, S., 87
FESTINGER, L., 60
FISHBEIN, M., 58, 59, 84, 86
FOREE, S. B., 108, 110
FOREYT, J. P., 113
FREEDMAN, J. L., 58
FRIJDA, N., 41

GADOUREK, I., 91
GASSIE, E. W., 108
GENT, B. VAN, 62, 65
GERBNER, G., 63
GIBSON, G., 94
GIFFT, H. H., 36, 45, 47, 49, 50
GOCHMAN, D. S., 84, 85
GOLDBLATT, P. B., 36
GOLDMAN, R., 25
GORDON, A., 25
GORDON, T., 3, 112
GRAHAM, S., 101, 102
GREEN, L. W., 58, 73, 79, 116, 158

GRIFFITH, W., 35, 82
GRINKER, J., 25
GROEN, J. J., 20
GROENEVELD, J., 43, 82
GROSS, C. P., 25
GUSSOW, J., 25, 31

HAAS, J. H. DE, 3
HAEFNER, D. P., 84, 86, 88, 93
HAES, W. F. M. DE, 13, 104, 106
HAGEN, L., 113
HALL, R. G., 114, 116
HALL, S. M., 114, 116
HALLBAUER, E. S., 113, 114
HALLORAN, J. D., 30, 59
HAMMAR, S. L., 116
HAMMET, R. A., 52, 54
HAMMINK, J., 32, 45
HANSEN, F., 37, 42, 47, 53
HARDYCK, J. E., 153
HARRIS, M. B., 100, 113, 114, 158
HARTOG, C. DEN, 25
HAVELOCK, R. D., 67
HAYNES, B., 156
HEIDER, F., 9, 43
HEUVELING-VAN BEEK, A., 94
HIGBEE, K. L., 87, 89
HILGARD, E. R., 15
HOLLINGWORTH, D. F., 108, 110
HOLZHAUER, F. F. O., 77
HOMANS, G. C., 16
HORAN, J. J., 113
HORN, D., 103, 104
HORN, L. A. TEN, 48
HOVLAND, C. I., 12, 63, 64
HOWARD, A., 36
HOWARD, A. N., 3
HOWARD, J. A., 47
HOWELL, S. C., 108
HRUSCHKA, E., 51, 52, 54
HULL, C. L., 16, 47

INSKO, C. A., 154

JACCARD, J., 84, 86, 87, 92, 93
JANIS, J. L., 12, 87
JEFFREY, D. B., 114
JONES, J. H., 108, 110, 111
JUNG, F., 48

KANFER, F. H., 15, 16, 17, 34, 113, 116
KANNEL, W. B., 3, 112
KANOUSE, D. E., 54
KARDUSH, M., 153
KARVONEN, M. J., 3
KASL, V., 79, 80
KATZ, D., 11, 12
KELLEY, H. H., 12
KELMAN, H. C., 11, 14, 73, 158
KENTUCKY, 37
KIESLER, C. A., 9, 10, 57, 58, 59, 153
KIRSCHT, J. P., 88, 93, 94
KLEYNGELD, H. P., 33, 53, 154
KLINE, F. C., 32
KLINKERT, L. M., 39, 109
KNEGT, Y., 7, 27, 154
KNUTSON, A. L., 108
KOENEN, M. J., 61
KOK, G., 57, 60
KOLB, D. A., 12
KOMAROVSKY, M., 37
KOPPERT, S., 7, 27, 154
KORMAN, I. B., 114
KOSKELA, K., 159
KOTLER, P., 55, 139, 158, 160
KOUWENHOVEN, T., 25, 54
KRAUSS, R. M., 10
KRECH, D., 46
KUIPER, J. P., 79, 81
KUNKEL, J. H., 16
KUYS, J., 25, 35, 42, 94, 115, 158, 159

LAMMERS, C. J., 13, 14, 27
LANGENHEDER, W., 22, 23, 24, 26, 27, 39, 40, 50
LENAHAN, R. J., 45
LEVENTHAL, H., 34, 71, 108
LEWIN, K., 17, 43. 53, 65, 84, 87, 93, 96, 108, 110
LIERE-VEERMAN, H. VAN, 31
LINDGREN, G., 36
LIPPITT, R., 65, 66, 67
LISKA, A., 58, 59
LOEB, M. C., 108
LÖWE, H., 15

MACALISTER, A. L., 116, 159
MACBROOM, W. H., 78, 91
MACCOBY, E., 119
MACCOBY, N., 154, 159
MACCOMBS, M. E., 32
MACGUIRE, W. J., 154
MAIMAN, L. A., 84, 156
MALETZKE, G., 64
MANOFF, R. K., 30, 109
MARK, M. S. VAN DE, 52, 54
MASLOW, A. H., 27, 47, 48, 49, 50
MAY, J. F., 3
MAYER, J., 116, 157

MEAD, M., 8, 27
MECHANIC, D., 157
MEDNICK, S. A., 15
MEIDEN, A. VAN DER, 30, 55
MERTON, R. K., 14
MEYER, J. L., 37
MIETTINEN, O. S., 3
MILLER, G. R., 63, 64
MILLER, N. E., 16, 18, 154
MORSE, E., 108, 110
MRFIT, 108, 111
MUNRO, N., 108, 110, 112
MUNSON, P. A., 58, 59
MYERS, J. H., 26

NAGASAWA, R. H., 16
Nationaal Onderzoek Persmedia, 129, 160
NELISSEN, P. L. C., 127, 161
NELSON, S. D., 158
NEWTON, N. E., 108
NIEHOFF, A., 25
NISBETT, R. E., 25, 49, 54
NOWOTNY, H., 40, 42, 43
Nutritional, 44
NUTTIN, J., 12, 18, 21, 48, 50

OSMAN, J. D., 82
ÖSTBY, N., 159
OSTROM, T. M., 153

PACKARD, C., 30
PARIJS, L. G. VAN, 82, 125
PENICK, S. B., 35, 36
PETERS-NANNINGA, M. M., 44
PEYPE, D. C. J. VAN, 71, 72
PHILLIPS, J. S., 15, 16, 17, 34, 113, 116
PINSON, C., 58
POOL, J. DE SOLA, 29
POOLTON, M. A., 111
PRESVELOU, C., 37
Prevention, 3
PRICE, J. M., 25
Primary prevention, 3
PUSKA, P., 159
PYE, O. O., 108, 110

QUACK, L., 94

RACHMAN, S., 20, 110
RADKE, M., 108, 110
RAPPORT, 112
REEDER, L. G., 90
REICHSMAN, F., 20
REMMEL, P. S., 110
REPORT, 118
RETHANS, E. J. M., 22
RIJNEVELD-VAN DIJK, H. L. G., 160
RINZLER, S. H., 3
ROBERTO, E. L., 58
ROBERTSON, T. S., 59, 155
ROGERS, E. M., 33, 63, 64, 97, 105
RÖLING, N. G., 160
ROMANCZYK, R. G., 115
ROSENSTOCK I. M., 25, 79, 84, 85, 86, 93, 94, 157
ROTHMAN, J., 139
ROTTER, J. D., 54
ROUWENHORST, W., 61
ROYEN, I., 158

SACKETT, D., 156
SCHACHTER, S., 25, 42, 48, 54, 94, 158
SCHAIK, Th. F. S.M. VAN, 7, 27, 49, 50
SCHMUTZER, M. E. A., 40, 42, 43
School Health Review, 82
SCHRAMM, W., 29, 137
SCHWITZGEBEL, R. K., 12
SHAW, D. L., 32
SHERIF, C. W., 11
SHERIF, M., 11
SHETH, J. N., 47
SHOEMAKER, F. F., 33, 63, 64
SILVERSTONE, J. T., 36, 84
SIPPLE, H. L., 107, 112
SKINNER, B. F., 15
SMITH, M. B., 11, 153
SNADOWSKY, A. M., 88
SNELBECKER, G. E., 154
SNELLEN, I. Th. M., 96, 97, 155
Sociale Interactie, 38
STAPPERS, J. G., 29, 30, 64, 137
STAVEREN, W. VAN, 8
STEELE, J. H., 78, 91
STEINER, G. A., 46, 153
STEUART, G. W., 79
Stichting 4 V's, 28
STRIEN, P. J. VAN, 48
STUART, R. B., 35, 36, 94, 114, 115, 116, 158
STUNKARD, A., 35, 36
STURMANS, F., 3
SUCHMAN, E. A., 90, 91, 141
SUMMERS, J. O., 33
SWAAK, R. J., 112
SWINEHART, J. W., 89

TELLEGEN, E., 90
THOMPSON, W. N., 72
TICHENOR, P. J., 32, 45
TJASSING, H. J., 160

TURPEINEN, O., 3
TWADDLE, A. C., 91, 158

UPPAL, S. C., 3

VARGAS, J. S., 108, 110, 112
VAVRA, C. E., 108, 110, 112
VENKATESAN, M., 158
VERKLEY, M., 154
VERMA, S., 108, 110, 111
VESTER, F., 19, 42
VOLKART, E. H., 157

WAGNER, N. H., 107, 108
WAINGROW, S., 103, 104
WALBEK, N. H., 108, 110
WALTERS, R. H., 16, 18
WANG, V. L., 108, 111
WATSON, J., 65, 66
WARWICK, D. P., 14
WEBER, M., 28
Weg, 38
WERFF, H. VAN DER, 31
Werkgroep massacommunicatie, 55, 62, 64
Werkgroep nationaal plan, 118, 140
WESTLEY, B., 65, 66
WESTMAAS-JES, M. M., 54, 81, 96, 108, 127
WHITE, R. W., 11, 153
WICKER, A. W., 57
WIEGMAN, O., 16, 17, 18, 154
WIJN, J. F. DE, 3, 8, 104
WILMOT, J. S., 54
WILSON, D. T., 59
WOLFE, B. M., 37
WRIGHT, Ch. R., 63

YOUNG, M. A. C., 87, 88

ZALTMAN, G., 55, 63
ZANT, J. L., 115, 158
ZIMMERMAN, R. R., 108, 110, 112
ZONNEVELD, R. J. VAN, 78, 80