

Gezondheidscoach



GEZONDHEID EN GEDRAG

SEM 1



BACHELOR TOEGEPASTE GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

SEMESTER 1

ACADEMIEJAAR 2019-2020

LECTOR: EVELYNE LAGROU & ANSE VANHOUWAERT

GEZONDHEID EN GEDRAG

howest.be

INHOUD

1	WAT IS GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE?	9
1.1	Definitie	9
1.2	Doelen	9
1.3	Situering ten opzicht van verwante domeinen	10
2	GEZONDHEID ALS CONCEPT IN ONTWIKKELING	12
2.1	Eens zijn over betekenis gezondheid	12
2.1.1	Inleiding	12
2.1.2	Een snelle reis door de tijd	13
2.1.3	Cross-culturele verschillen	16
2.1.4	Vraag het eens aan een peuter, kleuter, kind, ...	16
2.2	Modellen van gezondheid en ziekte	18
2.2.1	Biomedisch ziektemodel	18
2.2.2	Biopsychosociaal ziektemodel	18
2.3	Van infectieziekten naar welvaartsziekten	19
2.4	De rol van gedrag	21
2.5	Preventie	23
2.6	Nieuwe gezondheidsdoelstelling	23
3	INDICATOREN EN DETERMINANTEN	24
3.1	Indicatoren	24
3.2	Gezondheidsdeterminanten	24
3.2.1	Endogene factoren	25
3.2.2	Omgevingsfactoren	25
3.2.3	Leefstijl	25
3.2.4	Zorgvoorzieningen	26
3.2.5	Interactie in het model van Lalonde	26
3.3	Gedragsdeterminanten	26
3.3.1	Identificatie is niet eenvoudig	26
3.3.2	Indeling van determinanten	28
4	HOE ONTSTAAT GEDRAG?	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
4.1	Leren, automatische processen en gewoontegedrag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

4.1.1	Leertheorieën	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1.2	Automatische processen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
4.1.3	Gewoontegedrag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

4.2	Biopsychologische determinanten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
-----	---------------------------------	-------------------------------------

5	DE CENTRALE GEDRAGSDETERMINANTEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
---	----------------------------------	-------------------------------------

5.1	Gedragsintentie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2	Attitude, uitkomstverwachtingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3	Subjectieve norm en ervaren sociale invloed	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.4	Eigen-effectiviteitsverwachting of waargenomen gedragscontrole	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.5	Geanticipeerde spijt en morele verplichting	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.6	Risico-inschatting	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.7	Kennis en bewustzijn	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.8	Persoonlijkheidskenmerken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.9	Omgevingsdeterminanten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

6	GEDRAGSMODELLEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
---	-----------------	-------------------------------------

6.1	Gedragsverklaringsmodellen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.1	Sociaal-cognitieve theorie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.2	Health belief model	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.3	Protectie Motivatie theorie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.4	Beredeneerd gedrag model	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1.5	ASE-model	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.2	Gedragsveranderingsfasenmodellen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.2.1	Stages of change	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.2.2	Precaution adoption process model	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.3	Ecologische modellen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.3.1	Analysis Grid for Environments Linked to Obesity (ANGELO)	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

7	SEKSUELE GEZONDHEID	29
---	---------------------	----

7.1	Seksuele gezondheid en onveilig vrijen	29
7.1.1	Ongewenste zwangerschap	29
7.1.2	SOA's	30
7.2	Determinanten van tienerzwangerschappen en SOA's	30
7.3	Determinanten van anticonceptiegebruik	31

7.4	Preventie	32
8	ROKEN	33
8.1	Negatieve effecten van roken	33
8.2	Prevalentie	34
8.3	Determinanten van rookgedrag	35
8.3.1	Waarom start men met roken?	35
8.3.2	Waarom blijft men roken?	37
8.3.3	Stoppen met roken	39
8.4	Preventieve programma's	39
9	ALCOHOL	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
9.1	Analyse van het probleem	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2	Prevalentiecijfers	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.2.1	Risikant en problematisch gebruik	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.3	Determinanten van gedrag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.4	Preventie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
10	SCREENING EN VACCINATIE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
10.1	Vroegdetectie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
10.2	Determinanten voor deelname aan screeningsprogramma's	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
10.3	Vaccinatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11	ANALYSENIVEAUS IN DE SOCIOLOGIE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
11.1	Van micro naar macro	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.1.1	Mensen maken mensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.1.2	Mensen creëren groepen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.1.3	Mensen vormen organisaties	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.1.4	Mensen construeren maatschappijen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.2	Van macro naar micro	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.2.1	Maatschappijen bepalen mensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.2.2	Organisaties sturen mensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.2.3	Groepen maken mensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.2.4	Mensen beïnvloeden mensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
11.3	Besluit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

12	SOCIOLOGISCHE BEGRIPPEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
12.1	Sociaal handelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.2	Interactie en communicatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.3	Sociale relaties	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.4	Sociale posities	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.5	Sociale rol	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.6	Sociale steun en statussymbolen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.7	Waarden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.8	Normen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
12.9	Socialisatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13	DEMOGRAFIE EN SOCIO-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN	FOUT!
	BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.	
13.1	Demografische gegevens	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.1.1	Geboortecijfer	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.1.2	Sterftecijfer	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.1.3	Natuurlijke aangroei	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.1.4	Demografische transitie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.1.5	Epidemiologische begrippen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.2	Gezondheidsverschillen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.2.1	Levensverwachting	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.2.2	Vergrijzing	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.2.3	oorzaken van gezondheidverschillen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
13.2.4	Health inequities	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14	SOCIALE VERSCHILLEN EN SOCIALE MOBILITEIT	FOUT! BLADWIJZER NIET
	GEDEFINIEERD.	
14.1	Sociale verschillen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2	Sociale differentiatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2.1	Sociale fragmentering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2.2	Sociale ongelijkheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2.3	Sociale uitsluiting	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2.4	Drie soorten breuklijnen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.2.5	Domeinen van armoede	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.3	Sociale mobiliteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.3.1	Samenleving en mobiliteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.4	Sociale gradiënt	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
14.4.1	Sociale mechanismen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

15	MEDICALISERING	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
15.1	Wat is medicalisering?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.2	Medicalisering: verschillende analyseniveaus en benaderingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.2.1	Medicaliseringsniveaus volgens Conrad	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.2.2	Structurele en culturele benadering van medicalisering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.3	Concrete illustraties van medicaliseringstendensen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.4	Medicalisering en professionalisering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.5	Gevolgen van medicalisering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.6	Medicalisering of demedicalisering: een balans	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
15.7	Besluit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16	VERANTWOORDELIJKHEID	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
16.1	Argumenten voor persoonlijke verantwoordelijkheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.1	Als besparingsmiddel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.2	Geen ongelimiteerd recht op gezondheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.3	Rechtvaardigheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.4	Plicht	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.5	Grenzen aan de morele plicht van de maatschappij	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.6	Anderen schaden	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.7	Gezondheidsprofessionelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.8	Als voorbeeldfunctie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.1.9	Aanmoedigen van (maatschappelijk kwetsbare) groepen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2	Argumenten tegen persoonlijke verantwoordelijkheid	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.1	Geen causaal verband	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.2	Keuze	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.3	Humanitair bezwaar	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.4	Gezondheid als mensenrecht	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.5	Gezondheid als basisbehoefte	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.6	Onbillijk	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.7	Beleidsimplicaties	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.8	Praktische implicaties	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.9	Stigma	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.10	Vertrouwensrelatie patiënt en zorgverlener	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.11	Zelfontplooiing	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
16.2.12	Voordelen risicogedrag	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17	KWALITEIT VAN LEVEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
17.1	Domeinen van levenskwaliteit	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17.1.1	Fysiek domein	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17.1.2	Sociaal domein	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17.1.3	Psychisch domein	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
17.1.4	Omgevingsdomein	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

17.2 Dimensies van levenskwaliteit

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

17.3 Welvaart en welzijn

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1 WAT IS GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE?

1.1 DEFINITIE

Gezondheidspsychologie kan gedefinieerd worden als de studie van psychologische en gedragsmatige processen gerelateerd aan gezondheid, ziekte en gezondheidszorg (Johnston, 1994). Hierbij probeert men te begrijpen hoe psychologische, gedragsmatige en culturele factoren bijdragen aan fysieke gezondheid en ziekte (Odgen, 2012). Gezondheidspsychologen houden zich met andere woorden bezig met het beantwoorden van de volgende vraag:

“Welke biopsychosociale factoren hebben een invloed op gezondheid en ziekte?”

Psychosociale factoren kunnen een directe invloed hebben op gezondheid. Zo zal bijvoorbeeld een persoon die voortdurend te maken heeft met stresserende levensomstandigheden, zoals partnergeweld of moeilijke levensomstandigheden een verstoring vertonen in zijn hormoonregulatie, wat schadelijk is voor de gezondheid. Maar ook gedragsfactoren kunnen na verloop van tijd de gezondheid schaden of bevorderen. Denk maar aan de negatieve gevolgen van roken of overmatig alcoholgebruik of de positieve effecten van beweging en een gezond dieet (Odgen, 2012).

Gezondheidspsychologen begrijpen dus dat gezondheid niet enkel het resultaat is van biologische processen (een virus, een tumor, ...), maar ook van psychologische (bv. gedachten en ideeën) en sociale (bv. sociale status, afkomst) processen. Ze denken dan ook binnen het biopsychosociaal perspectief.

1.2 DOELEN

Mensen hebben allerlei ideeën over gezondheid, die van invloed zijn op hun gedrag en emoties. Daarmee beïnvloeden deze ideeën ook de gezondheid en de manier waarop mensen met ziekten omgaan. Binnen de gezondheidspsychologie onderscheiden we vier algemene doelen:

1. Onderzoek naar determinanten van gezondheid, ziekte en gedrag

Welke factoren dragen nu precies bij tot een goede of slechte gezondheid? Gezondheidspsychologen zijn hierbij vooral geïnteresseerd in gedragsfactoren zoals alcoholconsumptie, roken, beweging, het dragen van veiligheidsgordels, de wijze van omgaan met stress, ... Maar er gebeurt ook onderzoek naar sociale factoren, zoals bijvoorbeeld de impact van reclamecampagnes op het gedrag van mensen, of het effect van je werkomgeving op het ontstaan van hoge bloeddruk en cardiovasculaire aandoeningen.

Verschillende modellen werden ontwikkeld over de invloed van de verschillende determinanten op het gedrag en de gezondheid. Deze komen later in de cursus aan bod.

2. Helpen bij de preventie van ziekte door het bestuderen van psychologische aspecten

Ziekten kunnen vaak beter behandeld worden wanneer ze vroeg worden opgespoord. Gezondheidspsychologen kunnen hierbij helpen door na te denken waarom mensen bijvoorbeeld niet deelnemen aan screenings of zich niet laten vaccineren. Ze ontwikkelen methoden om mensen te overtuigen zich regelmatig te laten controleren en risicovolle gedragingen te vermijden (bv. onveilige seks). Ook kunnen ze mensen leren omgaan met stress om de effecten op hun gezondheid te verminderen, of zieke mensen helpen beter trouw te zijn aan hun therapie.

3. Gezondheid promoten door gedragsverandering

Gezondheidspsychologen willen mensen helpen om hun gedrag te veranderen zodat ze gezond kunnen blijven of beter in staat zijn om zich aan een behandeling te houden. Hiervoor worden verschillende technieken van gedragsverandering gebruikt.

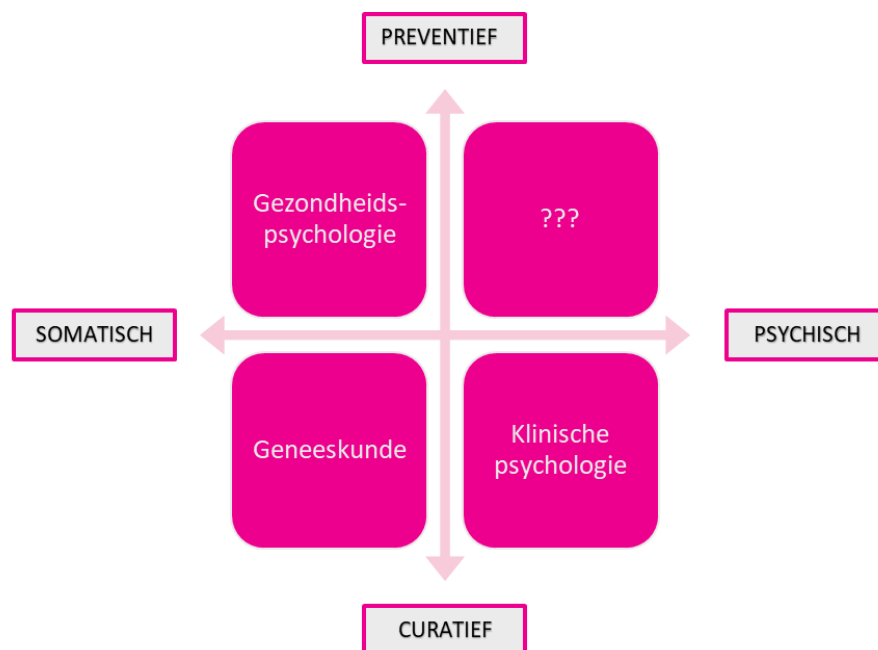
4. Het gezondheidszorgsysteem en beleid verbeteren

Dit gaat verder dan het denken op individueel niveau en omvat het bestuderen van gezondheidsongelijkheid en de factoren die daarbij aansluiten.

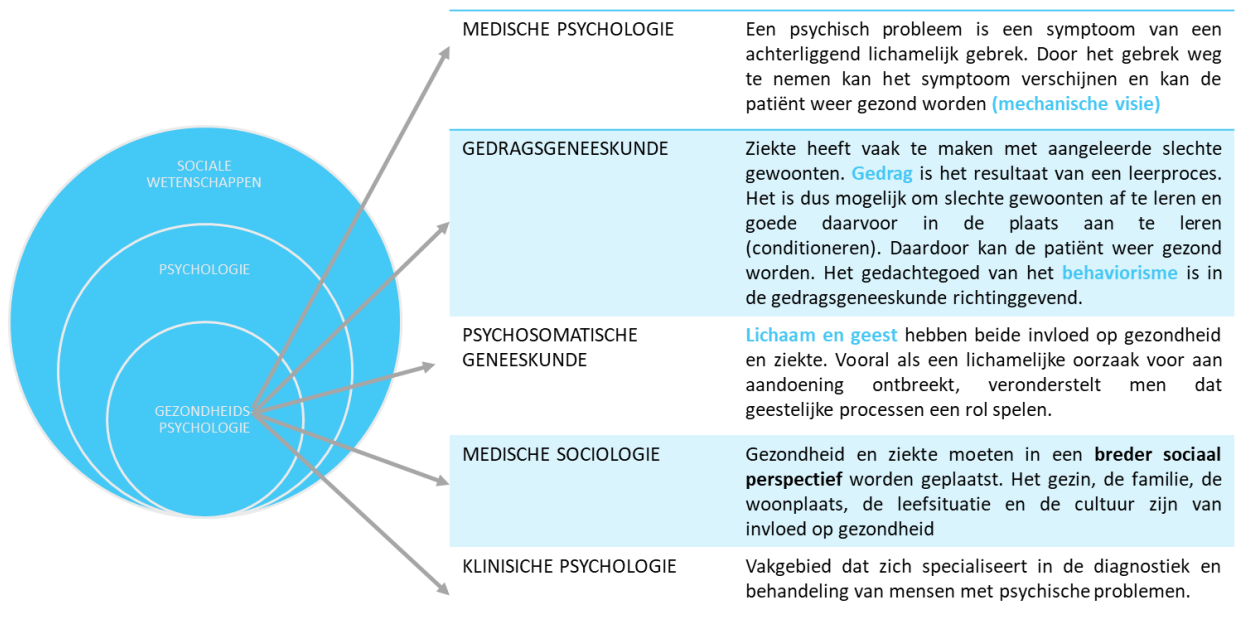
1.3 SITUERING TEN OPZICHT VAN VERWANTE DOMEINEN

In onderstaande figuur wordt weergegeven waar we gezondheidspsychologie kunnen plaatsen binnen het domein van de gezondheid. Op de verticale as wordt het continuüm getoond tussen het preventieve (gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen) en het curatieve (gericht op het behandelen en genezen). Op de horizontale as wordt het onderscheid gemaakt tussen somatische (of lichamelijke) en psychische gezondheid.

De geneeskunde bevindt zich hoofdzakelijk (maar niet alleen!) op het domein van het diagnosticeren en behandelen van lichamelijke problemen. De klinische psychologie houdt zich dan weer bezig met het diagnosticeren en behandelen van psychische problemen. Binnen de gezondheidspsychologie werkt men voornamelijk op het voorkomen van lichamelijke ziekten en gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, hart- en vaatandoeningen, kanker, ... Preventie van psychische problemen wordt niet vanuit één bepaalde wetenschap gedaan. Hierbij kunnen de gezondheidspsychologie en de klinische psychologie elkaar vinden om ook op dit domein actief aan preventie te doen.



De gezondheidspsychologie is ontstaan uit verschillende terreinen binnen de sociale wetenschappen. Ze heeft modellen en theorieën overgenomen en aangepast die oorspronkelijk afkomstig zijn van onder meer de sociale psychologie, het behaviorisme, de klinische psychologie en de cognitieve psychologie. Tegenwoordig wordt de gezondheidspsychologie in Europa, evenals in de Verenigde Staten, gecombineerd met andere vakgebieden als de gezondheidseconomie, gedragsgeneeskunde en medische sociologie. Gezondheidspsychologen werken meestal niet alleen, maar maken deel uit van interdisciplinaire en multidisciplinaire groepen.



2.1 EENS ZIJN OVER BETEKENIS GEZONDHEID

2.1.1 INLEIDING

Voor een vollediger inzicht in gezondheid en ziekte moeten we achterhalen wat mensen onder gezondheid en ziekte verstaan. De eenvoudigste manier om dat te doen is door mensen te vragen hoe ze gezondheid zelf ervaren. Bauman (1961) stelde aan een populatie patiënten met een ernstige ziekte bijvoorbeeld de vraag: “Wat betekent gezondheid?”. Er werden grofweg drie verschillende antwoorden gegeven:

- Gezondheid betekent een “overwegend gevoel van welzijn”
- Gezondheid heeft te maken met “de afwezigheid van symptomen van ziekte”
- Gezondheid is zichtbaar in “de handelingen waartoe een lichamelijk gezond persoon in staat is”

Bauman betoogde dat deze antwoorden aantonen dat gezondheid gerelateerd is aan gevoel, gerichtheid op symptomen en prestaties. Belangrijk om te weten is dat de respondenten in het onderzoek van Bauman vaak geen antwoorden konden geven die in één afzonderlijke categorie ondergebracht konden worden. Bijna de helft van de steekproef noemde zaken die pasten bij twee van de bovenstaande categorieën, en 12 procent formuleerde zelfs alle drie de definities min of meer, wat aangeeft dat we vaak op meer dan één manier over gezondheid denken. Voordat we deze resultaten gaan generaliseren, is een waarschuwing op zijn plaats. De steekproef van Bauman bestond uit patiënten bij wie een ernstige ziekte was vastgesteld, en het is waarschijnlijk dat gezonde mensen heel anders over gezondheid denken dan zieke.

Een representatiever beeld van het begrip “gezondheid” volgt uit een grootschalige enquête onder 9000 mensen, het onderzoek “Health and Lifestyles” (Blaxter, 1990). Uit deze resultaten blijkt dat het begrip “gezondheid” mogelijks nog complexer is dan bij eerdere onderzoeken werd gesteld. In dit onderzoek werd respondenten het volgende gevraagd:

- Denk aan iemand die heel gezond is
- Vermeld aan wie je denkt (vriend/familielid/...)
- Noteer hoe oud diegene is
- Bedenk waarom je diegene gezond noemt
- Bedenk hoe het is als jij zelf gezond bent

Ongeveer 15 procent van de respondenten kon niemand bedenken die “heel gezond” was en ongeveer 10 procent kon niet beschrijven hoe het voor hen was om zich “gezond te voelen”. Dit laatste kwam vooral voor bij jonge mannen die geloofden dat gezondheid een norm was, een zo vanzelfsprekende toestand dat deze niet onder woorden kon worden gebracht. Voor een kleinere groep oudere vrouwen was de situatie precies omgekeerd: zij hadden al zo lang een slechte gezondheid dat ze zich niet meer konden herinneren hoe het was om zich gezond te voelen. Ook in het onderzoek van Blaxter konden verschillende opvattingen over gezondheid worden geïdentificeerd:

- Gezondheid als niet ziek: geen symptomen, geen bezoeken aan artsen, daarom ben ik gezond
- Gezondheid als bezit: uit een sterke familie komen, snel herstellen na operaties
- Gezondheid als gedrag: zij zijn gezond omdat ze goed voor zichzelf zorgen, sporten, ...

- Gezondheid als lichamelijke fitheid en vitaliteit: vooral genoemd door jongere respondenten. Daarnaast is het mannelijk gezondheidsbegrip vaker gekoppeld aan “zich fit voelen” en dat van vrouwen aan “zich energiek voelen”. Vrouwen zien gezondheid ook meer in sociaal perspectief, in de vorm van levendig zijn en goede relaties met anderen hebben
- Gezondheid als psychosociaal welzijn: gezondheid in mentaal opzicht, bijvoorbeeld zich mentaal in harmonie voelen, zich trots voelen of van het gezelschap van anderen genieten
- Gezondheid als functie: het vermogen om taken te verrichten, om te doen wat je wilt wanneer je dat wilt, zonder belemmeringen van een slechte gezondheid of lichamelijke beperkingen

Deze categorieën bevestigen dat gezondheid meer is dan iets zuiver lichamelijks. Het omvat ook het psychosociale welzijn en lijkt overeen te komen met de categorieën “zijn”, “hebben” en “doen”.

Een andere belangrijke bevinding is dat mensen hun eigen gezondheid beoordelen door zichzelf te vergelijken met anderen. Zo ontstaat een beeld over wat gezondheid is en wat niet. Kaplan en Baron-Epel (2003) ondervroegen 383 inwoners van Israël en ontdekten dat jonge mensen die melding maakten van een minder dan optimale gezondheid zichzelf niet met mensen van dezelfde leeftijd vergeleken, terwijl veel ouderen dat wel deden. Wanneer ze in optimale gezondheid verkeerden, vergeleken meer jonge dan oudere mensen zichzelf met mensen van hun eigen leeftijd. Het is daarom interessant om na te gaan met welke referentiegroep iemand zich vergelijkt. Door een groep met een slechtere gezondheid te kiezen, steekt de eigen situatie gunstiger af. Omgekeerd geldt natuurlijk ook dat wanneer iemand zich vergelijkt met een referentiegroep met een betere gezondheid, de eigen situatie slechter lijkt.

Gezondheid is dus relatief. Bovendien zal elke beroepsgroep binnen de gezondheidszorg al dan niet expliciet een eigen accent geven aan wat ze beschouwt als gezond. Zo vindt een fysiotherapeut iemand gezond als hij zich goed en soepel kan bewegen. Een ergotherapeut vindt iemand gezond als deze persoon zich thuis en daarbuiten in het dagelijks leven goed weet te redden, en bestempelt een maatschappelijk werker iemand als gezond als die met de mensen in zijn omgeving goed uit de voeten kan.

Blijkbaar is het dus niet zo eenvoudig om het eens te zijn over de betekenis van gezondheid. Ook aan de term “ziekte” zijn verschillende betekenissen gekoppeld. Deze zijn beter te begrijpen wanneer we deze in het Engels formuleren. In het Engels zijn er namelijk drie verschillende woorden voor “ziek zijn”: disease, illness en sickness. Je kunt het begrijpen door een simpele griep in gedachten te nemen. “Disease” is het pathofysiologische ziek zijn. Er is een ziekteverwekker in het lichaam, en dit is objectief vast te stellen aan de hand van een diagnose. “Illness” is de subjectieve beleving van deze diagnose. Je hebt hoofdpijn en je bent verkouden. Ten slotte omvat “sickness” het ziektegedrag. Je blijft thuis op bed liggen in plaats van naar de les te komen of te gaan werken. Belangrijk hierbij om op te merken is dat deze drie betekenissen niet altijd tegelijk aanwezig hoeven te zijn.

2.1.2 EEN SNELLE REIS DOOR DE TIJD

De oorspronkelijke betekenis van het woord “health” is “veilig” of “krachtig” of “heel van lichaam”. Lichamelijke heilheid was in traditionele culturen van groot belang om in de sociale groep geaccepteerd te worden. Denk hierbij maar aan personen met misvormingen of ziekten als lepra die verstoten werden uit de maatschappij. Gezond zijn werd beschouwd als natuurlijk en in harmonie met de natuur.

Al in de **prehistorie** werden planten en kruiden gebruikt om de gezondheid te verbeteren. Daarnaast paste men bij ziekte de eerste primitieve behandelmethode, zoals schedelpenetraties, toe. Dit was de manier om de duivel het lichaam te laten verlaten. Men geloofde sterk in het bestaan van bovennatuurlijke wezens en duivelse geesten die voor ziekte zorgden, en sjamanen stonden in voor de behandeling en genezing.

Ten tijde van de **Grieken en Romeinen** werden de eerste scholen opgericht. We kennen Hippocrates (460-377 VC) hierbij als de oprichter van de moderne geneeskunde. Hij schreef de Hippocratic Corpus, een verzameling van meer dan 60 oude geschriften over geneeskunde, en is welbekend omwille van de “eed van Hippocrates”. Hij was de eerste om trommelstokvingers te benoemen, en hierbij de link te leggen tussen dit verschijnsel en longaandoeningen. In tegenstelling tot zijn voorgangers, legde hij niet langer enkel de focus op bovennatuurlijke verklaringen voor ziekte, maar introduceerde hij de sappenleer. Volgens Hippocrates omvat ons lichaam namelijk vier soorten sappen:

- Bloed: stimuleert het optimisme
- Slijm of flegma: stimuleert kalmte
- Gele gal: stimuleert het cholerieke, boze en temperamentvolle
- Zwarte gal: stimuleert het verdriet en de mistroostigheid

Een verstoring van de balans tussen deze sappen zou vervolgens ziekte veroorzaken. Volgens de sappenleer kan ziekte dus toegewezen worden aan lichamelijke factoren, maar wordt er ook erkend dat deze lichamelijke factoren op de geest inwerken. Een melancholische of flegmatische vrouw heeft volgens deze theorie meer kans om borstkanker te krijgen, en verklaart dit doordat ze meer slijm/flegma in haar lichaam bezit. Dit toont aan dat de geest en het lichaam in relatie staan met elkaar, maar dat zowel lichamelijke als geestelijke aandoeningen een onderliggende lichamelijke oorzaak hebben. Pas vanaf Plato werd gesteld dat ziekte niet langer enkel alleen door lichamelijke, maar ook door psychische factoren veroorzaakt kon worden.

In de **Middeleeuwen** merken we een groot verschil in visie op gezondheid op tussen de Islamitische wereld, India en Europa. Na de val van Rome komt Europa in een dal terecht, en wordt veel van de eerder opgetekende kennis in geschriften vervangen door lokale geneeswijzen. De uitzondering hierop waren de kloosters, die wel nog toegang hadden tot de geschriften. Met de opkomst van het christendom werd ziekte gezien als een straf, een test van God, en dus als iets dat de zieke moest overwinnen. Medische verklaringen waren beperkt omwille van een verbod op wetenschappelijk onderzoek. Er heerste een mentale en mystieke verklaring van ziekte, en priesters werden ingeschakeld om aan duivelsuitdrijving te doen. Thomas van Aquinas was in die tijd de eerste die het idee verwierp dat er een scheiding bestaat tussen lichaam en geest.

Deze visie op gezondheid en ziekte veranderde langzaam vanaf de 14^{de} eeuw bij de start van de **Renaissance**. In deze periode van “her-geborenheid” werden individuele gedachten meer en meer dominant, en kenden we een wetenschappelijke revolutie. Dit uitte zich in een spectaculaire toename in geleerde en wetenschappelijke studie, en de ontwikkeling van de lichamelijke geneeskunde.

Bij het begin van de 17^{de} eeuw stelde Descartes dat lichaam en geest als twee afzonderlijke entiteiten beschouwd kunnen worden, waarbij er interactie mogelijk is tussen deze twee domeinen. De manier waarop geest en lichaam met elkaar interageren is achter nog onduidelijk, en na de dood verlaat de geest het lichaam van de mens. Artsen worden gezien als de hoeders van het lichaam, terwijl theologen instaan voor het welbevinden van de geest.

Pas nadat autopsie geaccepteerd werd door de Kerk (18^{de}-19^{de} eeuw) kende de **moderne geneeskunde** een enorme groei. Door anatomisch onderzoek, autopsie en cellulaire pathologie concludeerde men dat ziekten gelokaliseerd zijn in menselijke cellen, en niet veroorzaakt worden door een onevenwicht van de lichaamssappen.

Sinds de **opkomst van de wetenschappen** en de toename van een aantal medische ontdekkingen bekeek men ziekte met minder weerzin en werd het een zorg van de maatschappij om mensen te helpen aan de tragische gevolgen ervan te ontsnappen. In dit verband werd gezondheid gedefinieerd als vrij van ziekten. Omdat ziekte kon herleid worden tot een specifieke, meestal microbiologische oorzaak, werd het stellen van een diagnose mogelijk. De idee dat gezondheid een toestand vrij van ziekte was bleek erg populair in de eerste helft van de 20^{ste} eeuw en werd door velen beschouwd als de definitie van gezondheid. Ziekte en gezondheid werden beschouwd als twee uitersten op

een continuüm. De afwezigheid van de één was een teken voor de aanwezigheid van het ander. Deze benadering leidde tot “het uitroeien van ziekte” om zo gezondheid te verkrijgen, een benadering die nog steeds de voorkeur heeft bij de medische beroepsgroepen. De onjuiste veronderstelling daarbij is dat een ziektevrrije bevolking ook een gezonde bevolking is.

Pas na de **Tweede Wereldoorlog** kreeg men ook interesse voor de psychische toestand van het individu en werd het concept “gezondheid” uitgebreid. Men had de opvatting dat de mens psychisch gezond was wanneer hij in staat was om stress, voortkomend uit omgevingsfactoren, te hanteren. Wanneer men bezweek voor de ongemakken die het leven met zich meebrengt en niet langer in staat was om de functies van het dagelijks leven te vervullen werd men psychisch ziek verklaard. Ondanks pogingen om een meer holistische definitie van gezondheid te ontwikkelen, blijft de tweedeling tussen mensen die lijden aan een lichamelijke ziekte en degenen die een psychische aandoening hebben nog steeds bestaan.

In 1974 stelde de **WHO** volgende definitie van gezondheid voor: “Gezondheid is een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte en handicap” (WHO, 1986). Door deze definitie neemt het aantal aspecten toe dat bij een beoordeling van gezondheid meegenomen moet worden.

Dit was een revolutionaire doelstelling in drie opzichten, en het is binnen deze context dat de gezondheidspsychologie haar ingang vond.

- De aandacht voor het individu als totaal persoon
- Gezondheid wordt in de context van de sociale omgeving geplaatst
- Gezondheid wordt gelijkgesteld aan een productief en creatief leven

Sinds het begin van de jaren '80 werd men zich meer en meer bewust van het feit dat men zelf iets aan zijn gezondheid kan doen (o.a. joggen, fitness, niet roken, ...). Hiervoor was het nooit in mensen opgekomen om “energie te gebruiken voor niets”; men had niet het idee dat dit gezond was. Er kwam sinds toen ook een eerste golf van antirookboodschappen. Het preventiethema werd stilaan populair. Ook werd men zich meer en meer bewust van de invloed van het milieu op de gezondheid.

Daarnaast bleken de kosten van de gezondheidszorg met de opkomst van de welvaartsziekten toe te nemen, waardoor nieuwe denkpistes noodzakelijk werden. Men werd zich meer en meer bewust van de kosten die ongezond leven met zich meebrengen. Voorkomen bleek goedkoper te zijn dan genezen. Curatie is financieel immers moeilijk in de hand te houden. Denk maar aan de behandeling van hartinfarcten, wat vaak complex is en veel geld kost. Door hartinfarcten te voorkomen, zou men een grote winst maken op dit gebied.

Machteld Hüber formuleerde gedurende de laatste jaren een aantal bedenkingen op de definitie van gezondheid van het WHO, en introduceerde de term “positieve gezondheid”. Deze interpretatie van gezondheid wijkt af van de WHO-definitie in die zin dat men gezondheid niet ziet als een statisch en ideaal gegeven (dus geen staat van volledig welbevinden), maar als het vermogen om veerkrachtig te zijn, de regie te voeren en zich aan te passen. Zo worden mensen aangesproken op hun vermogen tot actie en niet benaderd als passieve zieke of patiënt. Positieve gezondheid betekent dat iemand zingeving ervaart en vaardigheden ontwikkeld heeft om de uitdagingen van het leven aan te kunnen.

2.1.3 CROSS-CULTURELE VERSCHILLEN

Wat wordt beschouwd als een “normale” gezondheid verschilt per cultuur. Het is bovendien afhankelijk van het economische, politieke en culturele klimaat van het tijdperk waarin de betrokkene leeft. Denk er maar eens aan hoe zwangerschap en geboorte in de meeste Westerse beschavingen wordt gemedicaliseerd, terwijl dit in veel gebieden in de Derde Wereld meer aanzien wordt als een natuurlijk proces. Ook de wijze waarop men tegen bepaalde gedragingen aankijkt, verschilt per cultuur en per tijdperk. De opvatting over alcoholverslavingen is bijvoorbeeld veranderd van een juridisch en moreel probleem, waarbij verslaafden als afwijkend werden beschouwd, naar een ziekte die klinisch kan worden behandeld.

Wat in een bepaalde cultuur als normaal en wat als ziek wordt bestempeld, kan zeer uiteenlopende consequenties hebben. Maatschappelijke reacties op het gebruik van drugs liggen bijvoorbeeld uiteen. In sommige landen is het verboden (en worden drugsgebruikers gecriminaliseerd), in andere landen ziet men het als een ziekte waarvoor behandeling nodig is (drugsgebruikers worden gemedicaliseerd). Westerse opvattingen over gezondheid verschillen sterk van die in niet-Westerse beschavingen. Chalmers (1996) merkt scherpzinnig op dat Westerse mensen de geest, het lichaam en de ziel zodanig onderscheiden dat elk van deze “terreinen” aan afzonderlijke zorgverleners wordt toegewezen, respectievelijk aan psychologen en psychiaters, aan artsen en aan geestelijken. Zij merkt op dat dit in sommige Afrikaanse culturen niet het geval is; daar zijn deze drie “elementen van de menselijke aard” geïntegreerd, ook in de behandeling van ziekten.

2.1.4 VRAAG HET EENS AAN EEN PEUTER, KLEUTER, KIND, ...

Het psychologisch welzijn en de sociale en emotionele gezondheid worden niet alleen door het proces van het ouder worden beïnvloed, maar eveneens door ziekte, invaliditeit en ziekenhuisopname. Deze laatste drie omstandigheden kunnen zich uiteraard op elke leeftijd voordoen. Ouder worden wordt weliswaar geassocieerd met verminderd functioneren en toegenomen beperkingen en afhankelijkheid, maar het zijn zeker niet alleen oudere mensen die leven met chronische ziekten. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek onder jonge mensen van 2 tot 24 jaar. Ongeveer een kwart van de jonge mensen bleek een chronische ziekte te hebben, voornamelijk aandoeningen van de luchtwegen zoals astma. Er zijn echter ontwikkelingsproblemen waarop werknemers in de gezondheidszorg alert moeten zijn als ze het lichamelijke, psychologische, sociale en emotionele welzijn van hun patiënten of cliënten willen bevorderen.

Op basis van vragen over gezondheid en ziekte aan kinderen van drie tot dertien jaar stellen Bibace en Walsh (1980) bijvoorbeeld dat het inzicht in ziekte zich geleidelijk ontwikkelt. Hun vragen hadden betrekking op kennis (“wat is verkoudheid?”), ervaringen (“ben je ooit ziek geweest?”), attributies (“hoe wordt iemand verkouden?”) en herstel (“hoe wordt iemand beter?”). De auteurs ontdekten een voortschrijdende ontwikkeling in inzicht in ziekte, oorzaken en behandelingen ervan. Ze identificeerden een aantal stappen in deze ontwikkeling, die al begint voor het zevende levensjaar. Deze stappen worden hieronder genoemd:

ZIEKTECONCEPT OP DE LEEFTIJD VAN 3 TOT 8 JAAR

In het algemeen kan gesteld worden dat kinderen jonger dan zeven jaar ziekte meestal op “magisch” niveau verklaren. Met andere woorden: hun verklaringen zijn gebaseerd op associaties in plaats van op kennis.

- **Onbegrip:** het kind geeft irrelevante antwoorden of ontwijkt vragen; bijvoorbeeld “De zon veroorzaakt een hartaanval.”

- **Fenomenalisme:** er is meestal sprake van een teken of geluid dat het kind op enig moment met de ziekte in verband heeft gebracht, maar er is weinig begrip van oorzaak en gevolg; bijvoorbeeld “Verkoudheid is als je veel moet snuiten.”
- **Aangestoken worden:** ziekte is meestal afkomstig van een persoon of voorwerp dat dichtbij is, maar waarmee het kind niet noodzakelijkerwijs contact heeft. Het kind kan de ziekte toeschrijven aan iets wat eraan vooraf ging; bijvoorbeeld: “Je krijgt mazelen van andere mensen”. Als vervolgens werd gevraagd “Hoe?”, luidde het antwoord “Gewoon door langs ze te lopen”.

ZIEKTECONCEPT OP DE LEEFTIJD VAN 8 TOT 11 JAAR

Bibace en Walsh beschrijven verklaringen van ziekte van kinderen rond het achtste tot elfde jaar als concreter en gebaseerd op een logische reeks gebeurtenissen van oorzaak en gevolg.

- **Besmetting:** kinderen begrijpen in deze fase dat ziekte verschillende symptomen kan hebben, en ze erkennen dat bacteriën of zelfs hun eigen gedrag ziekten kunnen veroorzaken; bijvoorbeeld “Je wordt verkouden als je zonder jas naar buiten gaat en dan komt het in je lichaam”.
- **Internalisatie:** ziekte bevindt zich in het lichaam, maar het proces waardoor symptomen zich voordoen, begrijpen ze slechts gedeeltelijk. Een verkoudheid kan worden veroorzaakt door bacteriën van buitenaf die worden ingeademd of ingeslikt. Deze kinderen kunnen onderscheid maken tussen organen in het lichaam en de functie ervan, en ze kunnen specifieke, eenvoudige informatie omtrent ziekte begrijpen. Ze kunnen ook inzien welke rollen behandeling en persoonlijk handelen kunnen hebben voor het herstel van de gezondheid.

Op deze leeftijd kennen kinderen nog altijd absoluut gezag toe aan het verpleegkundig personeel, al bekritisieren of vermijden ze soms hun handelingen. Er is bijvoorbeeld verzet tegen bloedafname, of het kind beschuldigt de arts ervan dat hij hem onnodig pijn doet. Tijdens deze ontwikkelingsfase kunnen kinderen, evenals volwassenen, ertoe worden aangezet enige persoonlijke controle over de ziekte of de behandeling uit te oefenen; zo helpt men het kind om met de ziekte om te gaan

ZIEKTECONCEPT VANAF DE PUBERTEIT

Volgens Bibace en Walsh is het ziekteconcept in deze fase een abstract begrip; verklaringen zijn gebaseerd op interacties tussen de persoon en zijn omgeving.

- **Fysiologisch:** rond het elfde jaar bereiken kinderen een fase van fysiologisch inzicht en kunnen de meesten ziekte nu definiëren in termen van specifieke lichamelijke organen of functies. Met het ouder worden beginnen ze inzicht te krijgen in verschillende lichamelijke oorzaken, bijvoorbeeld genen, milieuvervuiling en gedrag.
- **Psychofysiologisch:** tijdens de late puberteit (vanaf ongeveer het veertiende levensjaar) en tijdens de volwassenheid begrijpen veel mensen dat er sprake is van een interactie tussen lichaam en geest, en ze begrijpen of accepteren de rol van stress, tobben, ... bij de verergering of zelfs het ontstaan van ziekte. Toch bereiken veel volwassenen dit niveau van inzicht misschien niet, en blijven zij cognitief simplistische verklaringen gebruiken voor ziekten.

ZIEKTECONCEPT TIJDENS DE VOLWASSENHEID

De vroege volwassenheid wordt beschreven als de bloei van het leven, waarin allerlei soorten overgangen plaatsvinden (bv. afstuderen, carrière maken, trouwen, kinderen krijgen, echtscheiding, ...). De kans dat volwassenen nieuwe gedragingen gaan vertonen die een risico vormen voor de gezondheid is kleiner dan bij pubers. De kans dat volwassenen preventief gedrag stellen, bijvoorbeeld zich regelmatig medisch laten onderzoeken, is dan weer overwegend groter dan bij pubers. Overgangen tijdens de volwassenheid hebben niet op alle volwassenen hetzelfde effect. Het huwelijk is bijvoorbeeld voor mannen gunstig voor de gezondheid (zij hebben een lager ziektepercentage dan alleenstaande mannen), terwijl dit preventieve effect zich bij gehuwde vrouwen niet voordoet (Blaxter, 1987; Macintyre, 1986). Mogelijk wijst dit op een verschil in sociale ondersteuning. Tijdens de volwassenheid is in vergelijking met de periode daarvoor het verwerven van nieuwe kennis misschien wat minder belangrijk dan het toepassen van wat men geleerd heeft. Bij gezondheidsvoorlichting aan volwassenen moet het accent dan ook liggen op praktische toepassingen.

2.2 MODELLEN VAN GEZONDHEID EN ZIEKTE

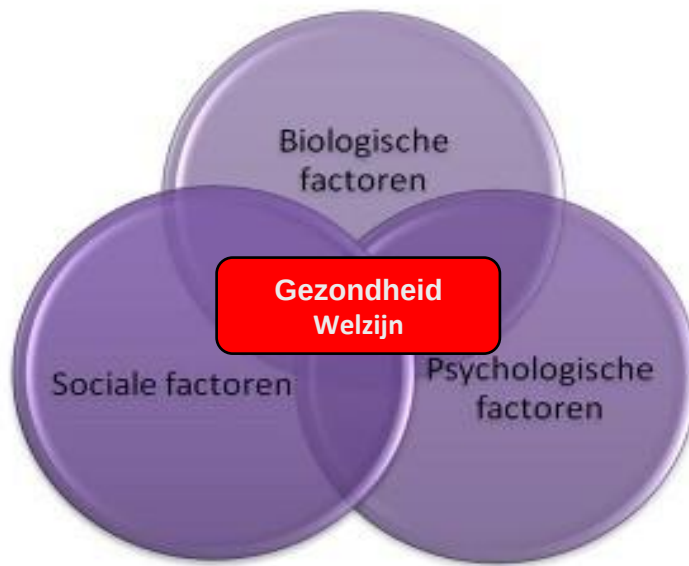
Opvattingen over gezondheid kunnen verschillen per individu en per familie, per tijdvak, cultuur en per sociale klasse. Ook onze leeftijd heeft invloed op hoe we tegen gezondheid aankijken. Hieronder worden enkele verschillende, maar niet noodzakelijk tegenstrijdige opvattingen over gezondheid beschreven. Deze opvattingen zitten vervat in modellen.

2.2.1 BIOMEDISCH ZIEKTEMODEL

Het biomedisch ziektemodel (ook wel diagnose-receptmodel genoemd) stelt dat een symptoom van een ziekte een achterliggende oorzaak heeft die via medische interventie kan worden genezen. Volgens dit model bestaat er een directe, causale relatie tussen een ziekte en de symptomen ervan. Er wordt dan ook aangenomen dat het wegnemen van de oorzaak van een ziekte zal leiden tot het verdwijnen van de symptomen en herstel van de gezondheid. Deze relatief mechanistische opvatting over de werking van het lichaam laat weinig ruimte voor subjectiviteit. Het biomedische model wordt ook wel reductionistisch genoemd; het reduceert de geest, het lichaam het menselijk gedrag tot lichaamscellen of tot neurale of biochemische activiteit, en verklaart problemen ook enkel op dit niveau. Het reductionisme negeert daarmee dat verschillende mensen op verschillende wijzen kunnen reageren op eenzelfde ziekte. Het grootste probleem met het biomedische model is dat het moeilijk kan verklaren waarom een bepaalde combinatie van somatische voorwaarden niet noodzakelijk tot ziekte hoeft te leiden. Ook kan het niet verklaren waarom het slagen van een behandeling in belangrijke mate beïnvloed wordt door psychologische en sociale factoren. Een derde probleem is dat het model niet kan verklaren waarom de relatie tussen de arts en patiënt in belangrijke mate het resultaat van een therapie beïnvloedt.

2.2.2 BIOPSYCHOSOCIAAL ZIEKTEMODEL

Tegenwoordig wordt er in de gezondheidspsychologie uitgegaan van een biopsychosociaal model op gezondheid. Hierbij wordt aangenomen dat gezondheid en ziekte het gevolg zijn van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren.



In tegenstelling tot het biomedische model neemt het biopsychosociale ziektemodel nadrukkelijk de subjectiviteit of beleving van gezondheid en ziekte mee in de beoordeling van de gezondheid. Daarnaast wordt gekeken naar de sociale en culturele factoren die mee bepalen of iemand gezond dan wel ziek te noemen is. Veel ziekten hebben bijvoorbeeld de achterliggende organische oorzaken, maar kunnen toch unieke, individuele reacties, ofwel subjectieve responsen teweegbrengen bij patiënten.

Deze biopsychosociale benadering wordt eveneens toegepast in enkele aanverwante vakgebieden, zoals de ergotherapie, en in toenemende mate in de algemene geneeskunde. Het biopsychosociale model verruimt het biomedische model dus met de interactie tussen biologische processen en psychologische en sociale invloeden (Engel, 1977, 1980). Hierdoor vormt dit model een complex en multidimensionaal, maar potentieel vollediger handvat voor het bestuderen van de menselijke beleving van ziekte en gezondheid dan het biomedische model. Het is in sneltempo populair geworden als gevolg van de vele tegenstrijdigheden die het biomedische model oproept, maar ook door de toenemende erkenning van de rol die individueel gedrag speelt bij gezondheid en ziekte.

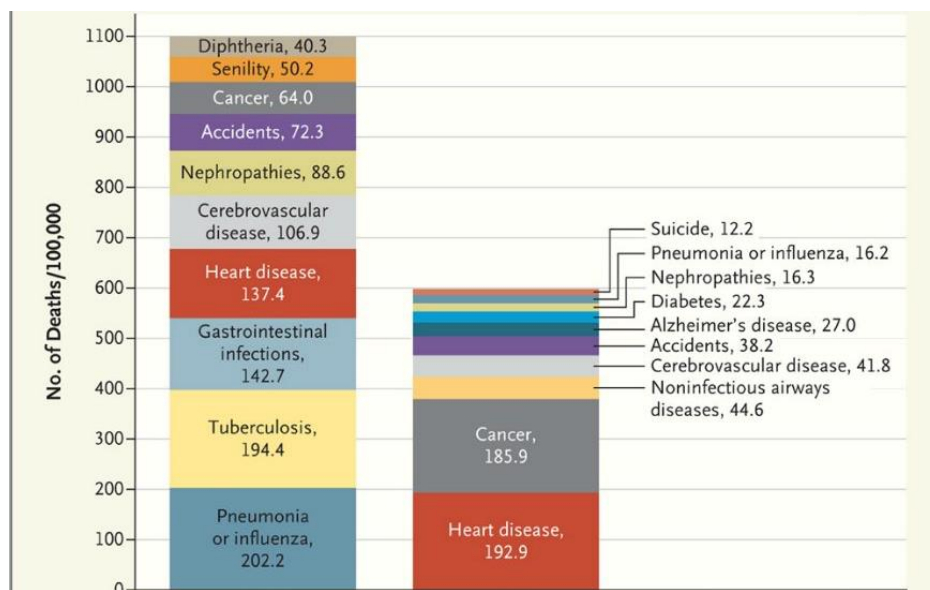
2.3 VAN INFECTIEZIEKTEN NAAR WELVAARTSZIEKTEN

De stijging in de levensverwachting in de Westerse wereld gedurende de twintigste eeuw was mede het gevolg van de vooruitgang van de medische technologie en verbeterde behandelingen. Door de behandelmogelijkheden met medicijnen (bv. antibiotica), en de toegenomen controle op infectieziekten door de opkomst van vaccinatieprogramma's (bof, mazelen, rode hond, ...) en verbeterde hygiëne, is de gemiddelde levensverwachting in Groot-Brittannië toegenomen van 47 jaar in 1900 tot 74.6 jaar in 1980 (Whelan, 1988). De stijging van het aantal sterfgevallen aan

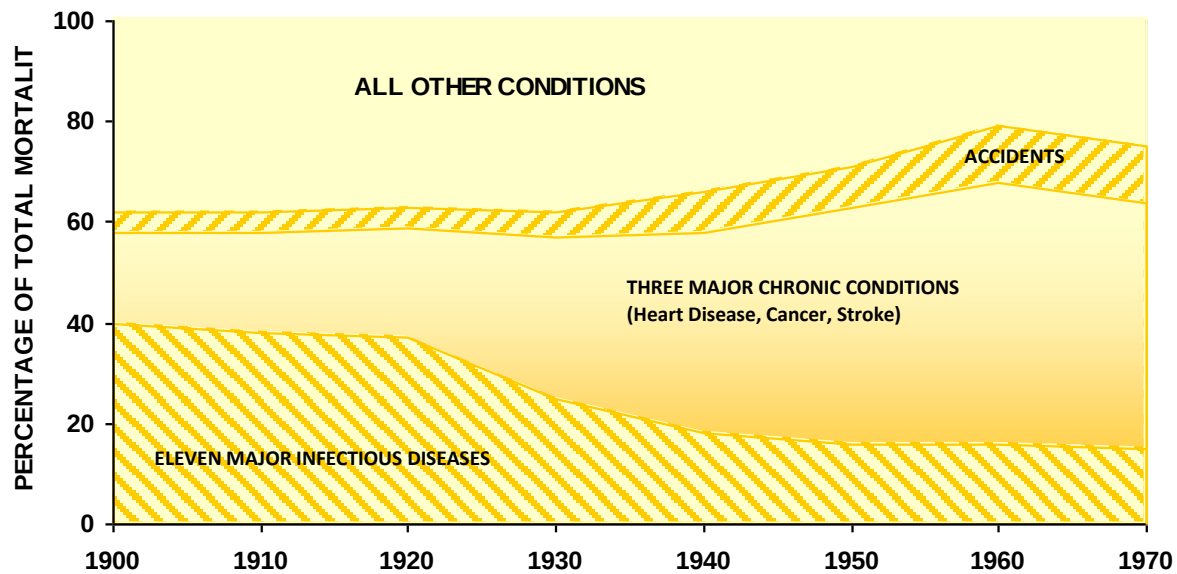
Incidentie betekent het aantal nieuwe gevallen van een ziekte gedurende een specifiek tijdsinterval. Dit is niet te verwarren met **prevalentie**, wat het aantal vastgestelde gevallen van een ziekte op een bepaald moment omvat.

kanker in de laatste honderd jaar komt onder andere doordat mensen langer leven met ziekten waaraan ze vroeger zouden zijn overleden. Hierdoor bereiken meer mensen een leeftijd waarop de incidentie van kanker hoger is. In de Verenigde Staten is het aantal sterfgevallen aan kanker sinds 1900 bijvoorbeeld verdrievoudigd (Baum et al., 1997). Dergelijke cijfers zijn behalve aan een hogere levensverwachting zeker ook toe te schrijven aan het toegenomen aantal mensen dat rookt.

In onderstaande tabel werd een overzicht opgenomen van de belangrijkste lichamelijke oorzaken van sterfte zoals deze de afgelopen 100 jaar werden geregistreerd in de Verenigde Staten. We stellen hierbij vast dat de doodsoorzaak bij het begin van de 20ste eeuw vaak het gevolg was van infectieziekten zoals tuberculose en longontsteking, maar dat er gedurende de voorbije eeuw een sterke toename was in het aantal mensen waarbij kanker of hartaandoening de oorzaak van overlijden waren. Hart- en vaataandoeningen en kanker zijn ook in Nederland en in België de belangrijkste doodsoorzaken.



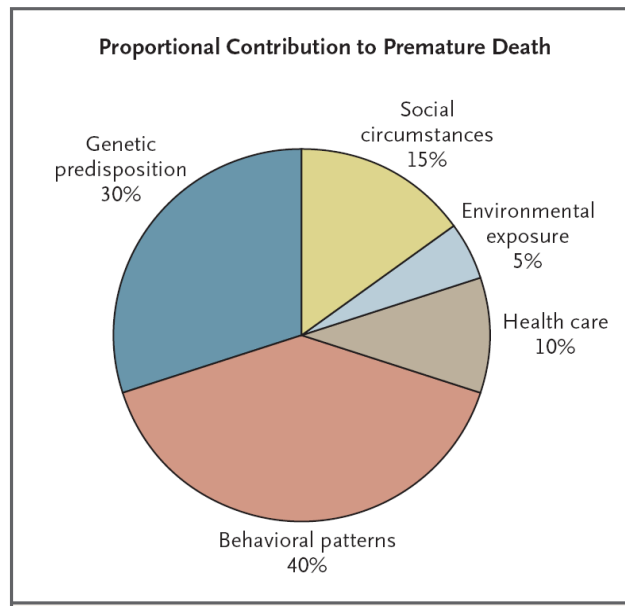
In veel Afrikaanse en Aziatische landen zijn complicaties ten gevolge van AIDS echter de meest voorkomende doodsoorzaak. Binnenkort zullen hartaandoeningen, hersenaandoeningen, chronische longziekten, infecties van het onderste deel van de luchtwegen en keel- en longkanker wereldwijd de vijf belangrijkste doodsoorzaken zijn, en behaalt HIV een plaats in de top 10. Daarnaast zullen infectieziekten zoals mazelen en malaria, alsook aandoeningen ontstaan in de perinatale periode (rond de geboorte) en voedingsziekten (ontstaan door o.a. eenzijdige voeding) wereldwijd significant afnemen. Tabaksgelateerde ziekten zullen daarentegen bijna verdrievoudigen.



In veel gevallen is er sprake van een duidelijk verband tussen gedrag, gezondheid en ziekte. Door de aandacht die de gezondheidspsychologie besteedt aan de persoonlijke en sociale invloeden op gezondheidsgerelateerd gedrag is de discipline sterk gegroeid. Deze verschuiving van infectieziekten naar welvaartsziekten impliceert eveneens een verschuiving van een monocausaal naar een multicausaal ziektemodel. Waar infectieziekten één duidelijke oorzaak hebben, namelijk de besmetting met een bepaald virus of bacterie die deze ziekte veroorzaakt (= monocausaal), hebben welvaartsziekten meerdere oorzaken (= multicausaal), en is het vaak een combinatie van factoren die maakt dat men ziek wordt of sterft aan een bepaalde aandoening. Enerzijds zijn er een aantal biologische factoren, zoals geslacht, die een invloed hebben op de ontwikkeling van verschillende aandoeningen. Er zijn bijvoorbeeld twee keer zoveel mannen dan vrouwen die vroegtijdig sterven ten gevolge van een chronische longaandoening. We mogen echter de impact van de omgevingsfactoren niet uit het oog verliezen. Als we over de hele wereld de levensverwachting bij geboorte bekijken, stellen we hierbij bijvoorbeeld vast dat deze veel hoger ligt in Westerse gebieden in vergelijking met de meerderheid van de landen in Afrika. Ten slotte spelen ook de sociale factoren een belangrijke rol. Zo zien we dat naarmate mensen een lager inkomen hebben, de kans om vroegtijdig te sterven systematisch toeneemt (Mc Donough, Duncan, Williams, & House, 1997). Echter, de invloed van ons gedrag op een aantal gezondheidsgerelateerde indicatoren zoals levensverwachting en kwaliteit van leven is zeker en vast niet te onderschatten.

2.4 DE ROL VAN GEDRAG

Omdat gedrag een erg belangrijke rol speelt in het ontstaan van welvaartsziekten, kwam de gezondheidspsychologie meer en meer onder de aandacht. Er wordt geschat dat gedragsfactoren verantwoordelijk zijn voor zowat 40 % van de vroegtijdige sterfgevallen.



De belangrijkste doodsoorzaken in Vlaanderen zijn ongevallen, suïcide, longkanker, borstkanker en hart- en vaataandoeningen. Dit zijn allemaal doodsoorzaken die door gedrag beïnvloed worden. Zo wordt bijvoorbeeld een stijging gezien in het aantal ongevallen ten gevolge van alcohol- en druggebruik. Roken wordt gerelateerd aan heel wat vormen van kanker, en blijkt sinds 2013 de grootste doodsoorzaak bij zowel mannen als vrouwen in Vlaanderen te zijn.

Roken, alcohol, ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging zijn de vier grootste risicofactoren voor zowel cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en kanker.

De impact die gedrag heeft op gezondheid is fenomenaal. Zo blijkt dat bijna de helft van de overlijdens voor de leeftijd van 75 jaar theoretisch op de één of andere manier vermeden zou kunnen worden. Het grootste deel van de vermijdbare sterfte wordt toegeschreven aan ongezonde leefgewoonten (zoals sterfte door longkanker en ischemische hartziekten) of verkeersongevallen. We spreken hier over gezondheidsbedreigend gedrag dat een negatieve invloed heeft op onze gezondheid.

Omgekeerd kan het stellen van gezondheidsbevorderend gedrag leiden tot een hogere levensverwachting. Voldoende slapen (7 à 8 uur per nacht), niet roken, gezond ontbijten, niet meer dan twee alcoholische dranken per dag, regelmatig sporten, niet snoepen tussen de maaltijden en niet meer dan 10 % overgewicht zijn hiervan mooie voorbeelden. Hoe meer gezonde gedragingen een individu stelt, hoe groter het effect.

Geïnspireerd door de invloed van dit gezondheidsbevorderende gedrag op de gezondheid, stelde Aaron Antonovsky het begrip **salutogenese** voor. Dit staat voor een benadering van de mens die zich richt op factoren die **gezondheid** en welbevinden stimuleren in plaats van de factoren die **ziekte** veroorzaken en die in het middelpunt van de **pathogenese** staan. Bij het onderzoek naar de salutogenese wordt de vraag gesteld welke factoren gezondheid op een positieve manier kunnen beïnvloeden. We denken hierbij bijvoorbeeld aan krachten, mogelijkheden, capaciteiten, talenten, maar ook aan hulpbronnen, kennis en vaardigheden. Omgekeerd stelt het onderzoek naar de pathogenese zich de vraag welke factoren de gezondheid op een negatieve manier beïnvloeden. We denken hierbij aan allerlei risicofactoren die een nefaste invloed op de gezondheid kunnen hebben. Antonovsky verwierp in zijn theorieën het traditionele medische model, dat volgens hem een tweedeling tussen ziekte en gezondheid maakt. Hij zag het verschil tussen ziekte en gezondheid als een graduele overgang in plaats van twee einden van een continuüm.

2.5 PREVENTIE

Voorkomen is beter dan genezen, dat is het uitgangspunt van de hedendaagse, preventieve gezondheidszorg en van de opleiding Toegepaste gezondheidswetenschappen. Volgens Mackenbach en van der Maes (2008) omvat preventie het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen.

We onderscheiden hierbinnen vier preventieniveaus:

- **Primaire preventie:** Primaire preventie is gericht op het voorkomen van nieuwe gevallen van een ziekte, en dus op het wegnemen en verminderen van oorzaken van die aandoening. Het omvat alle activiteiten die erop gericht zijn het gezonde gedrag van mensen te behouden en het ontstaan van ongezonde situaties en ongezond gedrag te voorkomen. Primaire preventie richt zich in eerste instantie op de gezonde mens. Voorbeelden van primaire preventie zijn het eten van gezonde voeding om overgewicht te voorkomen, of het onderhouden van een goede tandhygiëne om tandproblemen te voorkomen.
- **Secundaire preventie:** Secundaire preventie is erop gericht een aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken, zodat vroege behandeling mogelijk is, en kan worden voorkomen dat de ziekte verergert. Deze vorm van preventie richt zich vooral op de mens die risico heeft om een bepaalde aandoening te ontwikkelen. Voorbeelden van secundaire preventie zijn prenatale screening, de hiepruk bij zuigelingen, de algotest bij Kind en Gezin of kankerscreening.
- **Tertiaire preventie:** Tertiaire preventie is het voorkomen of beperken van de gevolgen van een reeds vastgestelde aandoening. Tertiaire preventie richt zich vooral op de zieke mens. Voorbeelden van tertiaire preventie zijn het geven van dieetadvies bij mensen met diabetes of het aanbieden van een revalidatieprogramma na een operatie.
- **Quaternaire preventie:** Quaternaire preventie omvat alle maatregelen om de kwaliteit van het leven te behouden of te verbeteren wanneer een gezondheidsprobleem niet meer verholpen of ongedaan gemaakt kan worden. Deze vorm van preventie richt zich zowel op de zieke mens als op de mens die risico heeft om een bepaalde aandoening te ontwikkelen. Voorbeelden van quaternaire preventie zijn de pijn- en symptoomcontrole bij terminale patiënten of het aanbieden van betaalbare hulpmiddelen voor mensen met een beperking.

2.6 NIEUWE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

Met deze nieuwe inzichten in het achterhoofd, en de erkenning van de invloed die gedrag heeft op onze gezondheid, werden tijdens de Gezondheidsconferentie eind 2016 de nieuwe gezondheidsdoelstelling vastgelegd. In 2025 moet de Vlaming gezonder zijn door gezond te eten, zittend gedrag te mijden, voldoende te bewegen, gezonder met alcohol om te gaan, en tabak en drugs af te zweren. Die gezondheidsdoelstelling omvat drie elementen:

- Tegen 2025 leven we gezonder op vlak van gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs
- Hiervoor voeren we een beleid in verschillende levensdomeinen, richten we ons rechtstreeks naar de burger en hebben we aandacht voor goed bestuur
- Dit alles leidt tot verbetering van verschillende indicatoren bij diverse bevolkingsgroepen met aandacht voor kwetsbare groepen.

3 INDICATOREN EN DETERMINANTEN

3.1 INDICATOREN

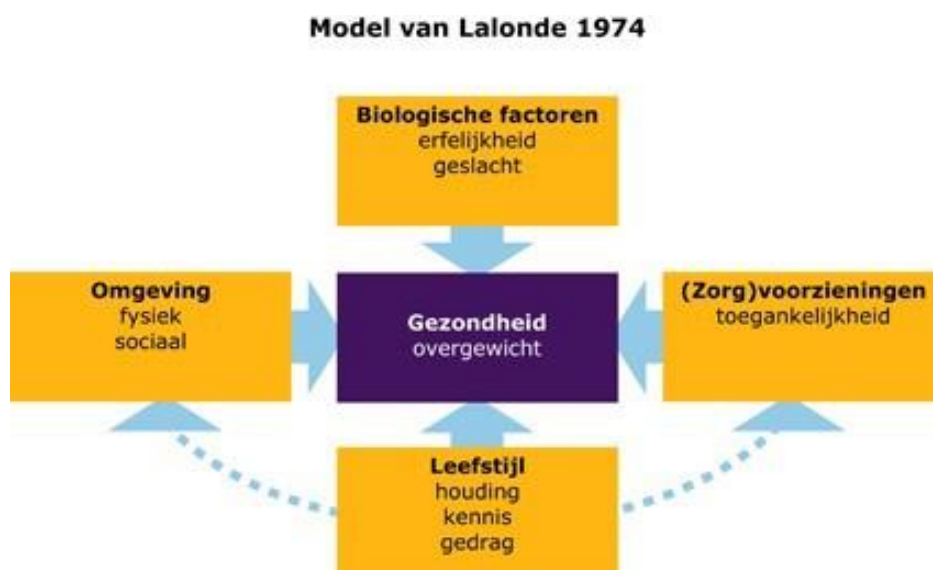
Om de gezondheid van een persoon of bevolkingsgroep in kaart te brengen, wordt gebruikt van verschillende indicatoren. Met een gezondheidsindicator bedoelen we met andere woorden een maat die de gezondheid van een persoon of bevolkingsgroep weerspiegelt. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid brengt verschillende gezondheidsindicatoren voor België in kaart, en doet dit aan de hand van een vijfjaarlijkse gezondheidsenquête (<https://his.wiv-isp.be/nl>). Daarnaast is er het Agentschap Zorg en Gezondheid, die een jaarlijks overzicht brengt van de Vlaamse gezondheidsindicatoren (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers>).

3.2 GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

Gezondheid en gezondheidsproblemen worden door zeer veel factoren beïnvloed. Al deze factoren, die samen de gezondheidstoestand van een bevolking en van het individu bepalen, noemen we gezondheidsdeterminanten. Deze gezondheidsbepalende factoren kunnen voor diverse bevolkingsgroepen uiteenlopen, hetgeen kan resulteren in ongelijkheid in gezondheid.

Gezondheid is echter niet iets dat een mens heeft of krijgt. Het is meer een toestand waarin men zich op een bepaald moment bevindt. Die gezondheidstoestand is het resultaat van verschillende bijdragen en inwerkende krachten. De WHO (World Health Organisation) gebruikt hiervoor het model van Lalonde. In het Health Field Model heeft Marc Lalonde (1974) een model ontwikkeld waarin de onderlinge wisselwerking tussen verschillende factoren die de gezondheid beïnvloeden, centraal staat. Hij onderscheidt vier groepen gezondheidsdeterminanten:

- Endogene of biologische factoren (factoren in de mens)
- Omgevingsfactoren (factoren buiten de mens)
- Leefstijl (menselijke gedragingen)
- Zorgvoorzieningen (gezondheidszorg)



Alle factoren zijn, in meerdere of mindere mate, belangrijk en beïnvloeden elkaar.

3.2.1 ENDOGENE FACTOREN

De endogene factoren of factoren binnen het individu bevatten alle aspecten die zich in de mens afspelen, zowel de lichamelijke als de geestelijke eigenschappen, en die een invloed hebben op het gezondheidsprobleem. We kunnen hierbij onderscheid maken tussen de genetische factoren en de verworven eigenschappen.

- **Genetische factoren** zijn erfelijke factoren die een belangrijke invloed op onze gezondheidstoestand uitoefenen. We kunnen denken aan bijvoorbeeld afwijkingen in de genen, veranderingen in chromosomen, aanleg voor een bepaalde ziekte, temperament, ...
- **Verworven eigenschappen** ontwikkelen zich in de loop van het leven. Denk bijvoorbeeld aan een verhoogde bloeddruk, veroudering, psychische gezondheid, gewoonten, karakter, ...

3.2.2 OMGEVINGSFACTOREN

De omgevingsfactoren zijn factoren buiten de mens waarover het individu weinig of geen controle heeft. We kunnen hierbij onderscheid maken tussen de fysieke omgeving en de sociale omgeving.

Met de **fysieke omgeving** bedoelen we de woonomgeving, groenvoorzieningen, schoolomgeving, verkeerssituatie, aanwezigheid van industrie, fietspaden en speelvoorzieningen, ...

De **sociale omgeving** omvat zowel de organisatie van de sociale verbanden waarin een individu leeft en mee te maken heeft, als de sociale invloeden op het individu. Onder sociale omgeving verstaan we bijvoorbeeld het opleidingsniveau, de gezinssituatie, de familie, de burens, vrienden, klasgenoten en collega's, maar ook de media, sociale waarden en normen.

3.2.3 LEEFSTIJL

Onder leefstijl verstaan we alle individueel en collectief gedrag dat de gezondheid beïnvloedt, zoals, roken, eten en bewegen. Dit gezondheidsgedrag kan de kans op het krijgen van een bepaalde ziekte vergroten of verkleinen. Zo vergroot bijvoorbeeld roken de kans op longkanker of hart- en vaatziekten, en vergroot snoepen de kans op tandbederf of op obesitas. Gedrag speelt dan ook een belangrijke rol bij de niet-overdraagbare aandoeningen (bv. longproblematie, hart- en vaatziekten, diabetes, kanker, ...).

Wat betreft het **individueel gedrag** gaat het hier om het geheel van individuele beslissingen die van belang zijn voor de gezondheid. Deze beslissingen liggen min of meer binnen de controlemogelijkheden van het individu. Je kan bijvoorbeeld 's avonds voor het slapengaan een wandelingetje maken in plaats van een spel op de computer te spelen. Of als je naar de tweede verdieping wil, kan je besluiten om de trap te nemen in plaats van de lift.

Wat betreft het **collectief gedrag** gaat het om de rol die gespeeld wordt door het gedrag en de gewoonten van de sociale omgeving waartoe we behoren, zoals bijvoorbeeld het gezin, de vriendenkring, leeftijdsgenoten, de etnische en/of religieuze gemeenschap, ... Veel van deze familiale tradities, etnische gewoonten, religieuze geboden of verboden nemen we vanzelfsprekend over en zijn moeilijk te veranderen omdat we nu eenmaal bij die groep horen en willen blijven horen.

Deze invloed van de onmiddellijke omgeving wordt gemakkelijk onderschat. Zij kan niet alleen bepalend zijn voor iemands gedrag, maar ook voor zijn opvattingen (attitudes). De omgeving kan iemand motiveren en stimuleren, maar ook demotiveren. Denk bijvoorbeeld aan het volgen van een vetarm dieet in een gezin waar de andere gezinsleden het dieet meevolgen, of juist twee keer per week frieten willen eten. Of denk aan de aanstaande moeder

die graag borstvoeding wil geven; de ene vriendin wijst haar vooral op de zelf ervaren mogelijkheden en pluspunten, terwijl de andere vriendin er geen goed woord over heeft. Zo zal bijvoorbeeld ook de ontbijtcultuur in het gezin mee bepalen of we al dan niet gezond ontbijten: boterhammen met melk, spek met eieren, een kop koffie met een sigaret of een zak chips met cola in de trein, ...

3.2.4 ZORGVOORZIENINGEN

De wetenschappelijke vooruitgang van de geneeskunde heeft uiteraard een impact op de gezondheid van de bevolking en van individuen. De ontwikkelingen in de genetica en het DNA-onderzoek, zullen de komende decennia zorgen voor nieuwe mogelijkheden voor de volksgezondheid en de individuele gezondheid.

Daarnaast is ook de organisatie van de gezondheidszorg en factoren als kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg belangrijk. Naast de curatieve gezondheidszorg is er ook aandacht voor preventieve gezondheidsvoorzieningen (bv. vaccinaties, leefstijladvies, ...). Uiteraard speelt de mate waarin deze zorgvoorzieningen toegankelijk zijn een belangrijke rol. Niet alle lagen van de bevolking hebben immers even gemakkelijk toegang tot deze gezondheidszorg.

3.2.5 INTERACTIE IN HET MODEL VAN LALONDE

De hierboven besproken factoren hangen nauw met elkaar samen en beïnvloeden elkaar onderling. Dit complexe geheel bepaalt de gezondheid. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Als de biologische bagage “aanleg voor astma” gecompenseerd wordt door een fysieke woonsituatie zonder stof, vocht, huismijt en luchtverontreiniging, en als daarnaast de luchtwegen niet geplaagd worden door ongezond gedrag zoals roken, en indien de gezondheidsvoorzieningen zorg dragen voor een goede voorlichting en medicijnen, kan iemand met astma zich gezond voelen en normaal functioneren. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat mensen zelf verantwoordelijkheid dragen, maar ook de overheid heeft verantwoordelijkheden door bijvoorbeeld voldoende voorzieningen aan te bieden.

3.3 GEDRAGSDETERMINANTEN

3.3.1 IDENTIFICATIE IS NIET EENVOUDIG

Gedrag is een belangrijke gezondheidsdeterminant. Interventies voor gezondheidsbevordering zijn dan ook dikwijls gericht op het veranderen van gedragsfactoren die de gezondheid in positieve (of negatieve) zin beïnvloeden.

Vooraleer men gedrag kan veranderen, moet men zich steeds afvragen waarom mensen bepaalde gedragingen stellen. Hoe komt het dat sommige mensen ongezond eten en daardoor meer kans lopen op hart- en bloedvataandoeningen, terwijl anderen wel een gezonder eetpatroon volgen? Waarom hebben sommige jongeren te kampen met faalangst? Welke factoren maken dat een deel van de adolescenten experimenteert met roken, maar uiteindelijk dan weer stopt, terwijl anderen reguliere rokers worden?

Om gedragspatronen te begrijpen en te veranderen moeten we ten eerste inzicht krijgen in welke determinanten nu de **belangrijkste** determinanten zijn, en dus het sterkst gerelateerd zijn aan het gedrag. Daarnaast is inzicht nodig in welke determinanten nu het gemakkelijkste **veranderbaar** zijn. De belangrijkste voorwaarde voor het goed

kunnen bepalen van determinanten van gedrag is dat het te onderzoeken gedrag goed en helder geïdentificeerd wordt. Dit is om verschillende redenen niet zo evident.

Ten eerste bestaat het gedrag dat men als een belangrijke oorzaak van het probleem heeft benoemd, vaak in feite uit **meerdere gedragingen**. Zo is bijvoorbeeld het gedrag “veilig vrijen” onder andere op te splitsen in de gedragingen “kopen van condooms”, “bespreken van het condoomgebruik met de partner” en “het daadwerkelijk gebruiken van condooms”.

Ten tweede is het de vraag of men moet zoeken naar de determinanten van het **gewenste** gedrag (“waarom roken mensen niet?”), het **ongewenste** gedrag (“waarom roken mensen?”), of naar de determinanten van **gedragsverandering** (“waarom beginnen mensen met roken?” of “waarom stoppen mensen met roken?”). In het algemeen zal het voor de hand liggen de achtergronden van het (gewenste en ongewenste) gedrag te verklaren wanneer men er vooral op uit is inzicht te krijgen in het huidige gedrag. Probeert men echter directe aanknopingspunten te vinden voor een antwoord op de vraag hoe men het gedrag zou kunnen veranderen, dan is het wellicht beter om te onderzoeken waarom mensen hun gedrag veranderen en/of hoe zij denken over gedragsverandering. Uiteraard is het ook mogelijk zowel te kijken naar de determinanten van gedrag, als naar de determinanten van gedragsverandering. De keuze voor determinanten van het huidige gedrag of determinanten van gedragsverandering heeft ook gevolgen voor het onderzoekopzet dat men gebruikt. Bij cross-sectioneel, éénmalig onderzoek ligt het meer voor de hand om determinanten van gewenst en ongewenst gedrag te onderzoeken en te vergelijken. Wat dan meestal gebeurt, is het vergelijken van de scores van mensen die zich gezond gedragen. De variabelen die verschillen, geven dan inzicht in de redenen waarom mensen zich wel of niet gezond gedragen. Beter is het nog dit soort analyses te doen met robuuster longitudinaal onderzoek of experimenteel onderzoek. Longitudinaal onderzoek, maar vooral experimenteel onderzoek, geeft meer mogelijkheden om na te gaan welke variabelen gedragsverandering ook echt voorspellen.

Ten derde is het een belangrijke vraag **wiens** gedrag beïnvloed moet worden. Moet het individu worden aangesproken op zijn rookgedrag, of moeten de overheden worden aangesproken op het initiëren van een antirookbeleid? Moet men proberen te bevorderen dat werknemers zichzelf beschermen tegen giftige stoffen waarmee zij werken, of moet men proberen te bevorderen dat de overheid regelgeving opstelt waarbij bedrijven niet met giftige stoffen mogen werken wanneer goede alternatieven voorhanden zijn? In de literatuur worden verschillende indelingen in niveaus van omgevingen onderscheiden. Een veelgebruikt onderscheid is het onderscheid tussen het microniveau (meest directe omgeving), het mesoniveau (familie en nabije omgeving) of macroniveau (beleidsmakers, politiek) (Booth et al., 2011). De omgeving op **microniveau** is de meest proximale omgevingsfactor. Deze term is afkomstig van het onderzoek van Barker in de jaren zestig en verwijst naar de specifieke plek waar het gedrag wordt uitgevoerd, zoals de school, de werkplek of het sportveld. Het gedrag van de directe omgeving (voorbeeldgedrag, beloning, straffen) en de aan- of afwezigheid van faciliteiten in de directe omgeving spelen een belangrijke rol. Omgevingsinvloeden op **mesoniveau** betreffen de familie en de nabije omgeving. De aanwezigheid van lokale winkels, de mate van hechting binnen de familie en het schoolbestuur zijn voorbeelden van de meso-omgeving. Invloeden op mesoniveau zijn niet direct gericht op het gedrag, maar bieden eerder een context waarin het gedrag gemakkelijker of juist minder gemakkelijk kan plaatsvinden (bijvoorbeeld een omgeving met veel wandelpaden waardoor bewegen gemakkelijker wordt). Het **macroniveau** betreft het bredere systeem dat gedrag kan beïnvloeden via economische ingrepen, culturele normen en waarden en politieke of industriële acties. Voorbeelden zijn het gezondheidszorgsysteem, de frisdrankenindustrie en accijnzen op alcoholische dranken. Wanneer de gedrags- en omgevingsanalyse uitwijst dat de omgeving van groot belang is bij een bepaald probleem, dan ligt het voor de hand in te grijpen op het gedrag van personen die bepalen wat er binnen die niveaus gebeurt (bv. beleidsmakers), en niet op het gedrag van het individu dat aan de risicofactor wordt blootgesteld.

Ten vierde is het van belang dat men zich afvraagt of mensen wel **weten** dat ze zich gezond of ongezond gedragen. Als bepaald gezondheidsgedrag ingewikkeld of niet duidelijk zichtbaar is, kunnen mensen hier een verkeerd beeld van hebben. Mensen denken bijvoorbeeld dat ze gezond eten, terwijl ze ondertussen te veel vet en te weinig groente en fruit eten.

3.3.2 INDELING VAN DETERMINANTEN

Determinanten van gezondheidsgedrag hebben niet allemaal op dezelfde manier invloed op het gedrag. Sommige determinanten hebben een zeer directe invloed op gedrag, de invloed van andere determinanten verloopt meer indirect, via andere variabelen.

Om dit onderscheid verder weer te geven wordt er binnen determinantenonderzoek onderscheid gemaakt tussen proximale, distale enultieme determinanten (Flay & Petraitis, 1994). **Proximale** determinanten zijn determinanten die heel dicht verbonden zijn aan het onderzochte gedrag. **Distale** determinanten staan wat verder van het gedrag af en hebben een meer indirecte invloed op het onderzochte gedrag. Tot slot zijn er **ultieme** variabelen die op nog verdere afstand van het individu staan, maar indirect toch via allerlei tussenliggende processen het gedrag kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld is landelijke regelgeving die resulteert in hoge accijnzen op sigaretten. Deze factoren staan ver van de persoon af, maar kunnen indirect het rookgedrag wel beïnvloeden. Door de duurdere prijs wordt de waardering van sigaretten mogelijk veel negatiever, en dat kan weer leiden tot plannen om te stoppen met roken. De definitie van wat nu proximale determinanten zijn en wat de meer distale determinanten, is niet zo eenduidig. Zo beschouwen sociaal-cognitieve gedragsverklaringsmodellen omgevingsfactoren als distale variabelen, terwijl men binnen ecologische modellen bepaalde omgevingsdeterminanten juist als proximaal beschouwt. Deze verschillen in interpretatie zijn terug te voeren naar andere historische contexten van waaruit de modellen zijn ontstaan. Voor alle modellen geldt echter dat proximale determinanten de meest directe invloed op het gedrag hebben. Interventies ter bevordering van gezond gedrag richten zich vaak op de beïnvloeding van proximale determinanten, omdat deze het meest onder de directe controle van een persoon liggen, waardoor de persoon erop kan worden aangesproken. Daarnaast zijn distale factoren vaak veel moeilijker te veranderen dan proximale factoren, denk maar aan distale factoren zoals iemands persoonlijkheid of de sociaal-culturele omgeving waarin iemand leeft. Voor een stabiele en langdurige verandering van gedrag is het echter juist noodzakelijk om ook activiteiten te ontwikkelen gericht op het veranderen van sommige distale en zelfs ultieme determinanten.

4 SEKSUELE GEZONDHEID

Onveilig vrijen brengt ongewenste zwangerschappen teweeg en seksueel overdraagbare aandoeningen. In tegenstelling tot andere gedragingen die in deze module besproken worden, zijn seksuele praktijken strikt genomen geen individuele gedragingen, het gedrag vindt immers plaats tussen meerdere individuen. Seks is dus bij uitstek 'sociaal gedrag'. Het sociale aspect van seksueel gedrag maakt het ingewikkelder voor gezondheidsvoorlichters om veiliger seksueel gedrag te stimuleren. In dit hoofdstuk bespreken we de risico's verbonden aan onbeschermd seksueel gedrag, en de gerelateerde gedragsdeterminanten. Vervolgens bekijken we een aantal preventieve campagnes.

4.1 SEKSUELE GEZONDHEID EN ONVEILIG VRIJEN

Seksuele gezondheid maakt integraal deel uit van de gezondheid, het welzijn en de kwaliteit van leven.

Seksuele gezondheid wordt volgens de WHO gedefinieerd als:

'Een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit en niet gewoonweg de afwezigheid van ziekten, disfunctioneren of gebreken.'

Het is een onderwerp van groot belang voor de ontwikkeling van programma's in het kader van gezondheidspromotie vanwege twee belangrijke kwesties: de preventie van ongewenste zwangerschappen en de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's).

4.1.1 ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP

Ongewenste zwangerschappen kunnen negatieve gevolgen hebben voor zowel de moeder als het kind, zeker in het geval van tienerzwangerschappen. Kinderen van tienermoeders hebben een verhoogd risico op een laag geboortegewicht, op een vroeggeboorte en op sterfte in het eerste levensjaar. Tienerzwangerschappen hebben tevens economische en sociale gevolgen. Tienermoeders lopen een risico hun studies af te breken, zwakke economische en professionele perspectieven te hebben en slechts te kunnen rekenen op een beperkt inkomen (Charafeddine, 2014).

In België bestaan geen cijfers die toelaten de prevalentie van ongewenste zwangerschappen in te schatten. We kunnen enkel een schatting maken op basis van het aantal abortussen dat gepleegd wordt. Voor de periode 2001-2008 is het aantal abortussen per 100 geboortes stabiel gebleven en ligt rond 14-15%. De Belgische cijfers zijn uitzonderlijk laag in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen. Er is eveneens geen oververtegenwoordiging van jongeren die een abortus ondergaan. Men wordt in België dus minder geconfronteerd met tienerzwangerschappen (Charafeddine, 2014).

In het 'Sexpert' onderzoek werd zowel bij mannen als vrouwen bevraagd per zwangerschap die ze ooit meemaakten of deze gepland of gewenst was en hoe die afgelopen is. Uit het onderzoek blijkt dat 1 op 4 zwangerschappen ongepland was en dat 1 op 5 werd beleefd als ongewenst bij het begin van de zwangerschap. Later in de zwangerschap wordt 2 op 3 zwangerschappen toch als gewenst beleefd. Van de ongewenste zwangerschappen wordt 6 op de 10 afgebroken.

4.1.2 SOA'S

Soa's vormen een belangrijke oorzaak van morbiditeit en vermijdbare sterfte in de bevolking. Terwijl sommige infecties geen symptomen vertonen, zijn andere dodelijk of kunnen ze complicaties veroorzaken zoals buitenbaarmoederlijke zwangerschappen, miskramen, abortussen, onvruchtbaarheid, bekkenontstekingen, levercirrose en kankers. Ze kunnen ook de aanleiding zijn van soms intense psychische problemen. De behandelingen van deze infecties zijn zeer duur, zeker omdat ze in sommige gevallen een jarenlange medische opvolging vergen. Bovendien wordt de impact van SOA's versterkt gezien ze het risico verhogen op het krijgen of doorgeven van HIV (Charafeddine, 2014).

Voor HIV is het opmerkelijk dat de wijze van overdracht in hoofdzaak gaat via onveilige heteroseksuele contacten, in mindere mate via homoseksuele seks of intraveneus druggebruik. Dit ten gevolge van programma's voor spuitenruil voor druggebruikers en gedragsveranderingen bij homoseksuele mannen. Gegevens tonen echter aan dat de positieve veranderingen onder homoseksuele mannen beginnen af te nemen: er is opnieuw een stijging van onbeschermd anale seks, van soa's en van HIV-infecties. Dat komt mede doordat mensen aids zijn gaan zien als een ziekte die steeds beter kan worden behandeld en niet langer dodelijk is, zodat de impliciete noodzaak tot veilige seks wordt ondermijnd. Mensen schatten hun risico onjuist in.

Sinds het begin van de jaren 2000 kan in België, net zoals in de andere Europese landen, een heropflakking van bepaalde SOA's worden vastgesteld. In de periode 2002-2013 steeg de gemiddelde jaarlijkse incidentie van Chlamydia met 16%, van Gonorrroe met 13% en van Syfilis met 25%. Ook is tussen 1997 en 2012 het aantal nieuwe gediagnosticeerde HIV gevallen op jaarbasis gestegen met 75%. In 2013 waren er 1115 nieuwe HIV-diagnoses, wat 3 per dag is. Voor bepaalde soa's is het niet duidelijk of de toename te wijten is aan een reële stijging van het aantal getroffen personen of ze het resultaat is van betere diagnosestelling. Hoe dan ook zijn soa's een belangrijk aandachtspunt voor onze volksgezondheid (Charafeddine, 2014).

Het feit dat Chlamydia aan zo'n sterke opmars bezig is is zorgwekkend te noemen, aangezien het eenvoudig kan voorkomen worden door condooms te gebruiken.

Een virus dat eveneens meer voorkomt, is het Humaan Papillomavirus (HPV). Het wordt in verband gebracht met genitale wratten en baarmoederhalskanker. HPV wordt kan al worden overgedragen door 1 vrijpartij met een besmette persoon, maar is verder niet besmettelijk. Hoewel condoomgebruik het infectierisico verlaagt, leeft HPV in de hele schaamstreek. Daarom is een condoom alleen niet genoeg om overdracht te voorkomen. Er is een vaccin uitgevonden tegen HPV dat zeer effectief is. In België worden recent alle meisjes in het eerste jaar van het middelbaar onderwijs gratis gevaccineerd tegen HPV (Morrison & Bennett, 2015).

4.2 DETERMINANTEN VAN TIENERZWANGERSCHAPPEN EN SOA'S

Er zijn een aantal risicogedragingen verbonden aan het krijgen van een tienerzwangerschap of een SOA:

- 1) Het vroegtijdig hebben van seksuele betrekkingen (<15 jaar)
- 2) Het hebben van meer dan 1 sekspartner in de afgelopen 12 maanden

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat in België 5% van de bevolking van 15 tot 64 jaar, die ooit seks hebben gehad, aangaf dat dit voor het eerst gebeurde voor de leeftijd van 15 jaar. Voor wat betreft multipartners, heeft 9% twee of meer sekspartners gehad in de afgelopen 12 maanden. Slechts 41% hiervan gebruikte tijdens de laatste betrekking een condoom (Charafeddine, 2014).

Seksueel risicogedrag komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, en vaker bij jongeren. Jongeren melden relatief meer vroegtijdige seksuele betrekkingen te hebben gehad in vergelijking met de oudere leeftijdsgroepen en rapporteren meer sekspartners. Meisjes hebben relatief meer vroegtijdige betrekkingen dan jongens. Het hangt ook samen met het opleidingsniveau. De laagst opgeleide personen geven relatief meer aan vroegtijdige seksuele betrekkingen te hebben gehad en meer recente sekspartners dan de hoogst opgeleiden (Charafeddine, 2014).

Vroegtijdige seksuele betrekkingen hangen samen met ander risicogedrag, zoals het gebruik van alcohol, drugs en tabak. Andere gerelateerde factoren zijn het behoren tot een samengesteld gezin, samenleven met een alleenstaande ouder, frequent 's avonds uitgaan, negatieve appreciatie van het leven en voor het eerst ongesteld zijn op de leeftijd van 12 jaar of vroeger. Ook het wonen in een achtergestelde wijk, gedragsproblemen vertonen en vrienden hebben met afwijkend gedrag zijn gerelateerde factoren.

4.3 DETERMINANTEN VAN ANTICONCEPTIEGEBRUIK

Uit de gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat bijna driekwart van de vrouwen een voorbehoedsmiddel gebruikt, bij jonge vrouwen gaat het om 9 op 10. Er zijn hierbij wel grote verschillen naargelang het opleidingsniveau, waarbij lager opgeleide vrouwen minder een voorbehoedsmiddel gebruiken. Het meest populaire voorbehoedsmiddel blijft de pil. Slechts 51% van de jongeren geeft aan een condoom te gebruiken (Charafeddine, 2014).

Uit onderzoek uit Engeland uit 2001 komen verschillende determinanten van condoomgebruik naar voren:

- Leeftijd: jonge mensen gebruiken vaker condooms dan oudere
- Geslacht: vrouwen gebruiken minder vaak condooms dan mannen
- Persoonlijkheid: mensen die vaak wisselen van partner gebruiken minder condooms
- Etniciteit: niet-blanke etniciteit houdt verband met meer condoomgebruik
- Religie: niet-christelijke religie houdt verband met meer condoomgebruik

Er worden eveneens een aantal barrières waargenomen:

- **Alcoholgebruik:** alcohol werkt ontremmend, en is een teken van risicogedrag. Er wordt een samenhang (geen causaal verband) gezien met een verminderd condoomgebruik.
- **Negatieve attitude tov condoomgebruik:** zowel mannen als vrouwen delen dezelfde negatieve attitudes over condoomgebruik, zoals dat de spontaniteit van het gedrag of het seksuele genot afneemt.
- **Onrealistische optimistische risicoinschatting:** mensen schatten hun persoonlijk risico op infectie met HIV of andere soa's te optimistisch in
- **Zelf-effectiviteit:** vrouwen verwachten bezwaar bij de man bij het voorstel om een condoom te gebruiken; ze ondervinden ook problemen bij het ter sprake brengen van het condoomgebruik, verlegenheid; ze ondervinden angst dat het voorstel een condoom te gebruiken de indruk wekt dat zijzelf of haar partner besmet zou zijn; ze ondervinden een gebrek aan zelfredzaamheid of handigheid om het condoom aan te trekken.

Deze barrières weerspiegelen niet alleen de eigen aannamen over de gezondheid, ze laten ook zien dat seksueel gedrag een complexe interpersoonlijke interactie is. Het bespreekbaar maken van seksueel gedrag is voor veel mensen nog altijd een precare zaak. Daarnaast is hygiënisch seksueel gedrag helaas nog niet even vanzelfsprekend als handen wassen voor het eten.

Voor veiliger seksueel gedrag zijn dus interventies op verschillende niveaus nodig, niet alleen gericht op individuele opvattingen over gezondheid, maar ook op interpersoonlijke communicatie- en onderhandelingsvaardigheden.

4.4 PREVENTIE

Het is belangrijk dat preventieprogramma's en interventies goed afgestemd zijn op de doelgroep. Verschillende doelgroepen stellen immers verschillend risicogedrag. Kennis over de factoren die samenhangen met het risicogedrag is hierbij belangrijk om de efficiëntie van de programma's te verhogen.

In Vlaanderen werkt de overheid samen met de organisatie Sensoa (www.sensoa.be) voor de preventie van ongewenste zwangerschappen, soa's en seksueel geweld. Er wordt gewerkt naar 4 doelgroepen, met name jongeren, volwassenen, homoseksuelen en mensen met HIV.

Voor de preventie van HIV werd een HIV-plan uitgewerkt dat berust op combinatiepreventie. Hierbij wordt op verschillende domeinen tegelijk gewerkt:

- **Biomedische factoren**
 - Voegtijdige behandeling
 - HIV remmende medicatie
- **Gedragmatige factoren**
 - Condoomgebruik aanmoedigen
 - Overtuigen je te laten testen
- **Maatschappelijk kader**
 - Stigma en discriminatie verminderen
 - Bespreekbaarheid verhogen bij huisarts en op school
- **Structurele maatregelen**
 - Beschikbare en betaalbare HIV medicatie
 - Terugbetaling testen

Campagnes rond veilig vrijen kunnen op een aantal determinanten inwerken. Zo kan er kennis aangebracht worden door jongeren te informeren over de SOA-test, waar er condooms kunnen worden aangekocht, uitleg over de verschillende soa's en hun voorkomen, enz. Door verhalen te brengen, een positief imago van condoomgebruik te creëren en het discussies uit te lokken, kan men werken aan de attitudes en intenties van jongeren. Ten slotte kan er ook een sociale vaardigheidstraining plaatsvinden om de weerbaarheid en communicatievaardigheden van jongeren te verhogen. Dit kan aan de hand van een groepsdiscussie, rollenspellen of video's. Het is belangrijk dat er bij campagnes op school niet alleen op klasniveau wordt gewerkt maar dat ook de schoolomgeving mee genomen wordt bij het opstellen van de interventie.

In studies werden veel positieve resultaten bekomen door te werken met peer-voorlichting (voorlichting door groepsgenoten). Opinieleiders en andere mensen uit specifieke groepen vormen vaak een belangrijk deel van het programma. Bij deze benadering wordt gebruikgemaakt van de theorie van sociaal leren: bepaalde mensen functioneren als een bijzonder sterk rolmodel voor verandering en kunnen vernieuwingen effectief binnen specifieke groepen verspreiden. Zo werkt het bijvoorbeeld beter wanneer prostituees voorlichting geven over condoomgebruik aan hun collega's. Het is hierbij belangrijk dat de rolmodellen een goede training krijgen om dit te kunnen doen (Morrison & Bennett, 2015).

5 ROKEN

Nicotine is in onze maatschappij één van de meest gebruikte psychoactieve stoffen. Hoewel rookgedrag veel negatieve publiciteit krijgt, omdat het gepaard gaat met een hoog sterftecijfer, is nicotine wettelijk toegestaan. De verkoop van sigaretten levert tabaksfabrikanten en regeringen door middel van accijnzen veel geld op. Geleidelijk is de manier waarop de maatschappij tegen roken aankijkt verschoven. Zo geldt op veel plaatsen een rookverbod en wordt tabaksreclame beperkt. Ontmoediging van roken is belangrijk voor de volksgezondheid. In dit hoofdstuk worden de verschillende gedragsdeterminanten gerelateerd aan het gezondheidsbedreigend gedrag roken besproken.

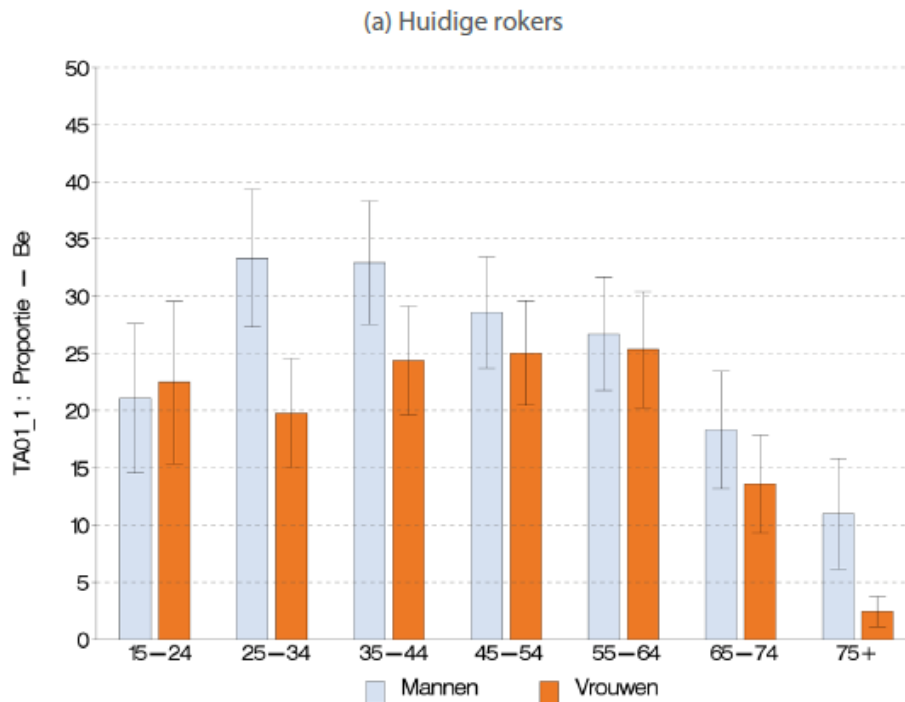
5.1 NEGATIEVE EFFECTEN VAN ROKEN

Roken is in alle leeftijdsgroepen de belangrijkste beïnvloedbare risicofactor voor hart- en vaatziekten. Tabaksproducten bevatten carcinogene teersoorten en koolstofmonoxide, die verantwoordelijk zijn voor circa 30% van de gevallen van hart- en vaatziekten, 75% van de tumoren (90% van de gevallen van longkanker) en 80% van de gevallen van chronische vernauwing aan de luchtwegen.

Door koolstofmonoxide neemt de hoeveelheid zuurstof in het bloed af, waardoor minder zuurstof naar de hartspier gaat, terwijl nicotine het hart harder laat werken, doordat de bloeddruk wordt verhoogd en de hartslag wordt versneld. Samen veroorzaken deze stoffen een vernauwing van de slagaders en vergroten ze de kans op trombose (bloedstolsels). Teer beschadigt het ademhalingsstelsel doordat de longen erdoor verstopt raken. Dit is een belangrijke factor bij de veelvoorkomende chronische obstructieve longziekte (COPD). Alles bij elkaar is er onweerlegbaar bewijsmateriaal voor de negatieve effecten van het roken en passief roken. Zo zou passief roken verantwoordelijk zijn voor 10% van de sterfgevallen onder niet-rokers. Meerroken is ook schadelijk voor ongeboren kinderen (Morrison & Bennett, 2015).

5.2 PREVALENTIE

Uit de recent gepubliceerde cijfers van de Gezondheidsenquête 2013 blijkt dat nog altijd bijna één op de vier Belgen rookt: 23% rookt, 19% doet het dagelijks, 4% occasioneel. In Vlaanderen gaat het in totaal over 22% rokers. Sinds 2008 is het aantal rokers met amper 2% verminderd. De prevalentie van roken is op haar hoogst in de bevolking op actieve leeftijd (25 tot 64 jaar).



Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat momenteel rookt volgens geslacht en leeftijd. Gezondheidsenquête België, 2013.

Het aantal sigaretten dat dagelijks wordt gerookt - gemiddeld 16 - is sinds tien jaar onveranderd gebleven. Eén dagelijkse roker op zes vertoont tekenen van zware tabaksafhankelijkheid. Een andere infobron is de jaarlijkse rookenquête van de Stichting tegen Kanker. Uit de meest recente (2014) blijkt dat er in Vlaanderen nog steeds 25% rokers zijn, waarvan 20% dagelijks rookt.

Meer mannen dan vrouwen hebben in de loop van hun leven gerookt, roken vandaag en roken dagelijks. Het verschil is het meest uitgesproken in de leeftijdsgroep tussen 25 en 44 jaar (34% rokers bij de mannen, 20% à 25% bij de vrouwen). Gemiddeld roken mannen dagelijks ook meer sigaretten en roken ze hun eerste sigaret op jongere leeftijd. Een opvallend resultaat in de Gezondheidsenquête 2013 is echter de stijging van roken en dagelijks roken bij jonge vrouwen. In het rapport wordt gesproken over “een fenomeen dat voorheen nooit voorkwam”. In de leeftijdsgroep 15-24 jaar rookt 21% van de jongens en 23% van de meisjes (waarvan 15% dagelijkse rokers bij de jongens en 19% dagelijkse rokers bij de meisjes). In vergelijking met de resultaten van 2008 is er een daling van roken en dagelijks roken bij jonge mannen terwijl het bij jonge vrouwen om een stijging gaat! Onder jongvolwassenen van 15-34 jaar is het aantal zware rokers ook hoger bij vrouwen (6%) dan bij mannen (2%).

Een verontrustende ontwikkeling, zeker als tegelijk vastgesteld wordt dat longkanker in Vlaanderen vandaag al veel (jonge) levens kost. Het is de belangrijkste doder bij mannen en vrouwen van 55 tot 65 jaar geworden, bij mannen blijft het de belangrijkste doodsoorzaak tot de leeftijd van 79 jaar. Dat blijkt uit recente cijfers over sterfte in Vlaanderen. Ook internationaal valt de evolutie van longkanker bij vrouwen sterk op. In 2015 zullen voor het eerst in Europa meer vrouwen sterven aan longkanker dan aan borstkanker.

De wens om met roken te stoppen lijkt terrein te winnen. 71% van de dagelijkse rokers heeft volgens de Gezondheidsenquête 2013 al minstens 24 uur niet gerookt bij een poging om definitief te stoppen (tegenover 68% in de periode 2004-2008). Een kwart van deze groep is potentieel kandidaat om helemaal te stoppen. Het percentage dat ooit gerookt heeft maar ermee is gestopt, stijgt tot 48%.

Bij stoppen speelt de sociaal-economische achtergrond mee: pogingen om te stoppen met roken, recente pogingen en geslaagde pogingen komen meer voor bij personen met een diploma hoger onderwijs dan bij lagergeschoolden.

Rookcijfers en –gedrag hangen sterk samen met sociaal-economische achtergrond. Roken is volgens de Gezondheidsenquête 2013 "vooral een gewoonte van mensen en sociale middelen die geen hoger onderwijs hebben gevolgd." Zowel het percentage rokers, dagelijkse rokers als zware rokers is hoger bij personen met een lager opleidingsniveau. Laaggeschoolden beginnen op jongere leeftijd (dagelijks) te roken, roken gemiddeld meer sigaretten per dag en zijn vaker afhankelijk van tabak dan hooggeschoolden. De verschillen in tabaksgebruik tussen laag- en hooggeschoolden namen de voorbije decennia verder toe omdat relatief meer hooggeschoolden stopten.

Ook uit de meest recente rookenquête van de Stichting tegen Kanker blijkt het sterke verband tussen roken en sociale klasse: hoe hoger de klasse, hoe minder rokers. In de laagste sociale klasse zien we 36% rokers, in de hoogste 18% (in 2013 was het 34% tegenover 19%). Bij de kaderleden rookt 18%, bij

Het aantal rokende zwangere vrouwen in Vlaanderen blijft stijgen en blijft verontrustend hoog. In 2013 bleef 10% van de vrouwen roken tijdens de zwangerschap (in 2012 was het 9%). Dit betekent dat minstens 7000 Vlaamse moeders roken tijdens de zwangerschap. Hier ligt dus nog een enorme karwei voor de preventiewerkers. Het is bekend dat roken het risico op foetale sterfte, groeivertraging en ontwikkelingsstoornissen verhoogt.

5.3 DETERMINANTEN VAN ROOKGEDRAG

In de voorgaande paragraaf worden reeds een aantal belangrijke determinanten van roken vernoemd, met name:

- Gender (mannen vs vrouwen)
- Leeftijd
- SES

Deze bevinden zich allemaal in het binnenste gebied in het model van Whitehead. Daarnaast zijn er ook heel wat biologische, sociale en omgevingsfactoren gerelateerd aan het starten, volhouden en stoppen met roken.

5.3.1 WAAROM START MEN MET ROKEN?

De meeste mensen beginnen met roken in hun jeugd jaren (< 19jaar). We zien dan ook dat de redenen om te beginnen met roken vaak samenhangen met kwesties die onder jongeren een belangrijke rol spelen: voorbeeld volgen, sociaal leren en bekrachtiging. Kinderen imiteren rookgedrag, zeker als leeftijdsgenoten, oudere broers of zussen of ouders roken. Rokende ouders creëren een positieve houding tegenover roken en mogelijk ook een verlaagde risicoperceptie (Morrison & Bennett, 2015).

- **Imago en reputatie** zijn belangrijk tijdens de puberteit. Hierbij zien we verschillen tussen jongens en meisjes. Bij jongens wordt de status in de groep eerder bepaald door hun lichamelijke conditie, waardoor

ze ambivalenter staan tegenover roken, aangezien dit een negatieve impact heeft op de conditie. Bij meisjes heeft een hogere status eerder te maken met 'cool', wereldwijd of rebels overkomen, waar roken vaak goed mee samenhangt.

- **Sociale druk of groepsdwang.** Rookgedrag wordt aangemoedigd of zelfs afgedwongen door de positieve reacties van de leiders van de groep. Wanneer jongeren echter bevraagd worden, verwerpen ze het idee dat ze om groepsdwang begonnen met roken. Ze zagen hun gedrag als iets waar ze zelf voor hadden gekozen. Dit sluit aan bij de veronderstelling dat beginnen met roken te maken heeft met het zoeken naar reputatie en status.
- Bij jonge meisjes is ook **gewichtsbeheersing** een reden om te beginnen met roken en ermee door te gaan, wat veel minder meespeelt bij jonge mannen. Dit kan inzicht geven in de reden waarom het aantal rokers onder jongens daalt en onder meisjes niet. Als we het roken bij meisjes willen terugdringen, moeten we ook de bezorgdheid over het lichaamsbeeld en het gewicht onder meisjes aanpakken, in combinatie met de perceptie van roken.
- **Risicovol gedrag:** roken blijkt veel voor te komen onder diegenen die meer problematische gedragingen vertonen, zoals spijbelen, winkeldiefstal of alcoholgebruik voor het zestiende levensjaar.
- Een **geringe mate van samenhang in het gezin** blijkt ook samen te gaan met roken en drinken onder jongeren tussen 12 en 22 jaar.
- **Cognities over de gezondheid** (= attitudes): er is aangetoond dat overtuigingen zoals onrealistisch optimisme tegenover negatieve consequenties van roken veel voorkomen. Een voorbeeld hiervan zijn aannames als 'dit zal mij niet overkomen, want ik rook minder dan andere mensen van mijn leeftijd'.

In de stappen van Leventhal wordt gesteld dat beginnen met roken een dynamische ontwikkeling volgt.

De meeste jongeren roken tussen 12 en 14 jaar hun eerste sigaret. De overgang van de eerste sigaret naar dagelijks roken duurt ongeveer 2 jaar en verloopt in 4 stappen

- 1) Beeldvormingsstadium
- 2) Experimenteerstadium
- 3) Occasioneel roken
- 4) Regulier roken/verslaving.

De beeldvorming rond roken wordt zoals eerder gesteld overgedragen door vrienden, ouders en andere volwassenen. Jongeren die vrienden als durvers zien, zijn meer geneigd zelf de eerste sigaret te roken. Ook wanneer de ouders roken, zullen jongeren dit meer als een volwassen gedrag beschouwen en zelf meer geneigd zijn te roken. Bovendien wordt de beeldvorming ook sterk gestimuleerd door de media, waarbij de roker vaak wordt voorgesteld als de stoere bink die vrij is en zich niet veel aantrekt van regels en normen, wat aanslaat bij pubers.

In het beeldvormingsstadium zijn volgende interventies belangrijk:

- Communiceren van de negatieve effecten van roken. 50% van de rokers vond dat de eerste sigaret hen geen goed deed (hoesten, niet goed voelen, stinken). Jongeren relativeren dit door te denken dat dit enkel in het begin voorkomt. Hier kan in een interventie een juister kader geboden worden met uitleg dat dit een normale reactie is van het lichaam op intoxicatie.
- Het in een goed daglicht plaatsen van de niet-roker, door sociaal aantrekkelijke leeftijdsgenoten op affiches en dergelijke te plaatsen
- Reeds op lagere school leeftijd starten met preventie, want beeldvorming wordt reeds vroeg bepaald.

De overgang van het beeldvormingsstadium naar het experimenteerstadium wordt bepaald door de beschikbaarheid van sigaretten. De stap om te beginnen is veel kleiner als je zomaar sigaretten kan kopen, en ze niet

al te duur zijn. Ook wanneer er thuis gerookt wordt, zijn sigaretten erg makkelijk beschikbaar. 14% van de jongeren rookt de eerste keer in gezelschap van ouders en krijgt sigaretten van ouders. Een interventie in dit stadium bestaat dus uit het verkleinen van de beschikbaarheid.

De overstap van het experimenteren naar het occasioneel roken naar het regulier roken wordt vooral bepaald door vrienden die roken, de neiging op zoek te gaan naar risicovol gedrag en een gevoel van hopeloosheid. Bij dit laatste heeft de jongere het gevoel niet goed mee te kunnen met de maatschappij, en niet in staat te zijn bepaalde doelen in het leven te kunnen bereiken. De interventie hierbij is het aanbieden van sociale vaardigheidstrainingen, leren omgaan met angst en zelfwaardering, wat vaak moeilijker haalbaar is.

5.3.2 WAAROM BLIJFT MEN ROKEN?

De belangrijkste reden waarom mensen blijven roken, is het verslavingseffect. De verslavende werking van roken berust op nicotine, een farmacologische stof met een stimulerende werking op de hersenen. Nicotine stimuleert de afgifte van B-endorfinen, onze natuurlijk opiaten, en verhoogt de stofwisselingssnelheid. Lichamelijke afhankelijkheid ontstaat wanneer iemand meer gaat roken om hetzelfde effect te bereiken of om de onthoudingsverschijnselen te vermijden (zoals hunkering naar nicotine, slapeloosheid en toegenomen eetlust). Zo kan roken zelfbevestigend werken. De psychologische symptomen van onthouding, zoals nervositeit, rusteloosheid en prikkelbaarheid zijn vaak zo sterk dat mensen weer beginnen om daarvan af te zijn.

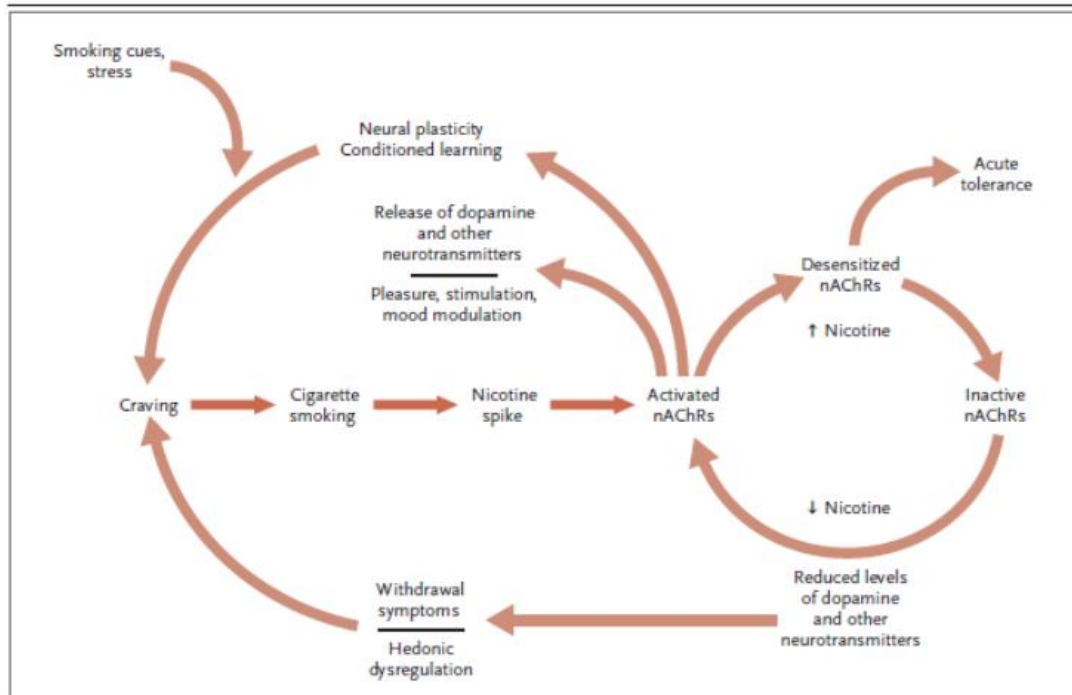


Figure 3. Molecular and Behavioral Aspects of Nicotine Addiction.

Craving — induced by smoking cues, stressors, or a desire to relieve withdrawal symptoms — triggers the act of smoking a cigarette, which delivers a spike of nicotine to the brain. Nicotinic cholinergic receptors (nAChRs) are activated, resulting in the release of dopamine and other neurotransmitters, which in turn cause pleasure, stimulation, and mood modulation. Receptor activation also results in the development of new neural circuits (neural plasticity) and, in association with environmental cues, behavioral conditioning. After being activated by nicotine, nAChRs ultimately become desensitized to it, which results in short-term tolerance of nicotine and reduced satisfaction from smoking. In the time between smoking cigarettes, or after quitting tobacco use, brain nicotine levels decline, which leads to reduced levels of dopamine and other neurotransmitters and to withdrawal symptoms, including craving. In the absence of nicotine, nAChRs regain their sensitivity to nicotine and become reactivated in response to a new dose. Adapted from Dani and Heinemann.³⁵

Los van de verslaving, noemen rokers zelf de volgende redenen om te blijven roken:

- Plezier of genot
- Gewoonte (psychologische en/of lichamelijke afhankelijkheid)
- Manier om met stress om te gaan, nervositeit te bestrijden
- Stoppen zal niet lukken

Volgens de theorie van gepland gedrag zijn ook attitudes, subjectieve normen, waargenomen gedragscontrole en intenties belangrijke determinanten van rookgedrag. Rokers blijken vooral van niet-rokers te verschillen wat betreft hun evaluatie van de sociale gevolgen (slechte adem, storend...) en minder wat betreft de negatieve gevolgen op de gezondheid.

5.3.3 STOPPEN MET ROKEN

Het risico op longkanker of andere aan roken gerelateerde ziekte kan grotendeels verdwijnen, bij het stoppen met roken, zelfs bij mensen die pas tussen hun 50^e en 60^e stoppen met roken. Onder mensen die op 30-jarige leeftijd stoppen, daalt de kans op longkanker zelfs met meer dan 90%. Mensen met een hogere sociaal-economische status blijken vaker te stoppen met roken, wat in strijd is met de verwachte daling van het aantal rokers met een lage SES ten gevolge van de gestegen prijs van sigaretten. Verschillende studies wijzen op een duidelijk verband tussen stoppen met roken en het netwerk rondom de roker. Het is gemakkelijker om te stoppen als men geen deel uitmaakt van een netwerk van rokers. Bovendien is de invloed van het netwerk sterker dan de eigen opvattingen over de gezondheid (Morrison & Bennett, 2015).

De meeste rokers geven toe dat ze zouden willen stoppen. Mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen, lukken er vaak vrij goed in: meer dan 75% kan het de eerste dagen volhouden. Uiteindelijk blijft er slechts 10-15% gestopt na 1 jaar. De meerderheid van de rokers probeert te stoppen zonder professionele hulp.

Belangrijke predictoren om succesvol te stoppen zijn een brede interesse hebben voor een gezonde levensstijl en een goede ondersteuning van familie en vrienden. Hierbij is het vooral bij jongeren belangrijk dat deze sociale steun niet als een druk mag ervaren worden. Wanneer je vrienden hebt die blijven roken, heeft dat geen impact op de stoppoging maar wel op het herval. Ook de graad van verslaving is een predictor. Hoe minder verslaafd, hoe meer kans op succesvol stoppen, maar hoe lang mensen reeds roken heeft geen verband met het succes. Ook de mate van zelf-effectiviteit speelt een rol. Intentie tot stoppen en angst voor negatieve gezondheidseffecten zijn goede voorspellers van stoppogingen maar niet van het succes daarvan. Bezorgdheid om het gewicht heeft een negatieve invloed, zowel op de beslissing om te stoppen als op het succes. Het opnemen van programma's voor gewichtscontrole in rookstopprogramma's bleek echter ook niet effectief. Het deed de kans op slagen dalen omdat het al moeilijk genoeg is om te stoppen met roken alleen, laat staan ook nog aandacht hebben voor je gewicht tegelijkertijd.

5.4 PREVENTIEVE PROGRAMMA'S

Interventieprogramma's rond roken moeten zich richten op 4 domeinen:

1. Rookstopprogramma's

Er bestaan verschillende rookstopprogramma's, een voorbeeld daarvan is het programma 'Uitgerookt', dat ontwikkeld werd door het Vlaams Instituut Gezond Leven en zich richt op kansarme doelgroepen. Het is opgebouwd volgens het ASE model.

2. Acties gericht op jongeren

Om het tabaksprobleem bij jongeren aan te pakken moet er meer ingezet worden op tabakspreventie.

- Er moeten uitgebreide mediacampagnes en continue informatiecampagnes in en buiten de scholen komen. Deze moeten focussen op de strategieën van de tabaksindustrie om jongeren aan te zetten tot roken, op onderzoek over de gevolgen van roken, op de voordelen van stoppen en op omgaan met groepsdruk.

- Om echte gedragsverandering uit te lokken moet ook ingespeeld worden op sociale normen of groepsnormen. Daarbij moet de onmiddellijke omgeving van jongeren betrokken worden: ouders, vrienden, school en andere actoren.
- Tabak moet ook onderdeel zijn van een globale sensibilisatie van alle actoren en daarbij moeten de verschillende gezondheidsthema's (voeding, beweging, enz) gecombineerd worden. De promotie van de algemene gezonde levensstijl is nodig.

Dit alles moet gekaderd zijn binnen een integraal tabaksbeleid op school en een breed kader van tabakscontrole:

- Forse verhoging van de accijnzen → minder betaalbaar voor jongeren en lage SES
- Tabak minder toegankelijk maken
- Neutrale verpakkingen zonder kleur en merklogo's → onaantrekkelijk en onopvallend
- Verbod op tabaksreclame
- Sterke beperking van aantal verkooppunten → enkel verkrijgbaar in gespecialiseerde winkels
- Leeftijd verhogen van 16 naar 18 jaar
- Rookverbod op café

3. Acties bij sociaal zwakke groepen

Er is nood aan specifieke acties gericht op kwetsbare en minder hoog opgeleide groepen:

1. Meer informatieacties en specifieke interventies gericht op stoppen bij groepen met lage SES
2. Voor de setting school betekent dit dat er hoge prioriteit moet zijn voor de rokende leerlingen van het TSO en BSO
3. Gezondheidsvoorlichting in het algemeen moet veel meer gebeuren op maat van laaggeschoolden. Met een boodschap gericht op de algemene bevolking, gegeven op hetzelfde moment en op dezelfde manier verspreid, kunnen sociaal zwakkere groepen niet bereikt worden.

4. Acties bij jonge vrouwen

Er moet ook een specifiek anti-tabaksbeleid voor de doelgroep van vrouwen ontwikkeld worden. Roken tijdens de zwangerschap verdient daarbij bijzondere aandacht.