

# De macht van de taal

*Taalbeheersingsonderzoek in Nederland en Vlaanderen*

*Dorien Van De Mieroop, Lieven Buysse, Roel Coesemans  
en Paul Gillaerts (red.)*

Acco Leuven / Den Haag

## Hoofdstuk 1

---

# 'Mijn kinderen luisteren toch niet' Een verkennend onderzoek omtrent praten over gezondheidsthema's

*Lennie Donné  
Carel Jansen  
Patty Huijbers  
John Hoeks*

---

Gesprekken tussen mensen worden steeds vaker gezien als een belangrijke verklaring voor veranderingen in gezondheidsgedrag. Praten met familie of vrienden over een gezondheidsthema kan onder meer leiden tot de ontdekking van sociale normen. Onduidelijk is echter wat bepaalt of mensen over gezondheidsthema's praten. Om daar een beeld van te krijgen voerden we een verkennende studie uit, waarbij we twaalf deelnemers interviewden in verschillende leeftijdscategorieën en met verschillende opleidingsniveaus. Gevraagd werd in hoeverre, op wat voor manier en met wie de deelnemers praten of zouden willen praten over verschillende gezondheidsthema's. Met behulp van het Integrative Model of Behavioral Prediction (IMBP) is getracht determinanten te identificeren van gesprekken over gezondheidsthema's. De resultaten van deze interviewstudie laten zien dat de concepten 'face' en 'relevantie' een belangrijke rol spelen in het praten over gezondheidsthema's, evenals het soort communicatiegedrag en het gezondheidsthema waar het om gaat, met welke gesprekspartner gesproken wordt en in welke context.

---

### 1. INLEIDING

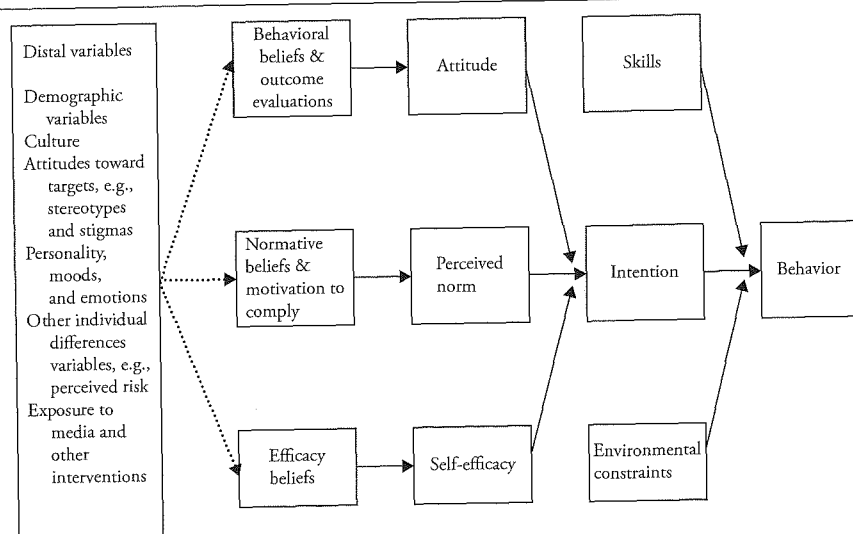
Praten over gezondheidsthema's speelt een belangrijke rol in de doeltreffendheid van gezondheidscampagnes (Duggan, 2006; Southwell & Yzer, 2007, 2009). De invloed van deze vorm van communicatie gaat verder dan alleen het verspreiden van informatie. *Face-to-face* gesprekken naar aanleiding van gezondheidscampagnes kunnen bijvoorbeeld de risicoperceptie voor de gevaarlijke gevolgen van ongezond gedrag vergroten (Morton & Duck, 2006), de attitu-

des ten opzichte van het gezondheidsgedrag beïnvloeden (Geary e.a., 2007), sociale normen blootleggen die invloed hebben op het gezondheidsgedrag (Hornik & Yanovitzky, 2003), gevoelens van eigeneffectiviteit (de mate waarin men denkt gezond gedrag daadwerkelijk uit te kunnen voeren) of van steun uit de omgeving versterken (resp. Papa e.a., 2000; Yeshua-Katz & Martins, 2013), en stigma's en taboes verkleinen rondom 'gevoelige' onderwerpen (Botta & Pringee, 1997; Pettifor e.a., 2004; Southwell & Yzer, 2007). Vanwege deze mogelijke effecten wordt ontwerpers van gezondheidscampagnes vaak geadviseerd om zoveel mogelijk gesprekken over gezondheidsthema's uit te lokken (Surkan, DeJong, Herr-Zaya, Rodriguez-Howard & Fay, 2003; Van den Putte, Yzer, Southwell, De Bruijn & Willemsen, 2011).

Veel massamediale gezondheidsboodschappen worden ontvangen in een sociale context (Valente & Fosados, 2006), bijvoorbeeld wanneer mensen samen tv kijken. Er is dan direct gelegenheid de boodschap met anderen te bespreken. Maar gesprekken over gezondheidsthema's kunnen ook plaatsvinden als slechts een van de gesprekspartners de campagne heeft gezien, of als er geen campagne aan te pas is gekomen (Hendriks, De Bruijn, Van den Putte & Vreese, 2014).

Hoewel gesprekken over gezondheidscampagnes of gezondheidsthema's dus invloed kunnen hebben op gezondheidsgedrag, weten we nog maar weinig over de achterliggende mechanismen. Wat zijn de determinanten van gesprekken over gezondheidsthema's? Hoe bepalen deze determinanten of en op wat voor manier er over gezondheidsthema's wordt gesproken? Voelen mensen zich geroepen om te praten over bepaalde onderwerpen zoals gezond eten, en heerst er juist een taboe op andere onderwerpen, zoals veilig vrijen? En met wie vindt het gesprek plaats: met een vreemde, met een familielid, met een vriend? Bij elk van deze soorten gesprekspartners kunnen andere motivaties en andere sociale regels gelden, die ook nog eens afhankelijk kunnen zijn van het specifieke onderwerp.

**Figuur 1.** Het Integrative Model of Behavioral Prediction (IMBP).



Om te bepalen waar gezondheidsprofessionals en campagneontwerpers zich op moeten richten als zij hun publiek ertoe willen brengen om met elkaar over gezondheidsthema's te praten, is het nodig een goed beeld te krijgen van de onderliggende mechanismen van praten over gezondheidsthema's. Een bekend model voor het achterhalen van de determinanten van gedrag is het *Integrative Model of Behavioral Prediction* (IMBP; Fishbein, 2000; Fishbein & Yzer, 2003). In het IMBP, te vinden in Figuur 1, zijn concepten van verschillende grote gedrags-theorieën, zoals het *Health Belief Model* (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974), de *Theory of Reasoned Action* (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) en de *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1977, 1986, 1997) geïntegreerd (Yzer, 2008, p. 50). Dit veelomvattende, geïntegreerde karakter maakt het IMBP mogelijk tot een geschikt model voor het achterhalen van de determinanten van gesprekken over gezondheidsthema's. Hieronder zal het IMBP verder besproken worden, gebaseerd op Yzer (2012).

Gezond gedrag, zoals stoppen met roken of het eten van 200 gram groente per dag, is bedeneerd, 'gepland' gedrag. Dit gedrag is het soort gedrag waarvoor het IMBP een verklaring biedt (Yzer, 2008). Het uitgangspunt van het IMBP is het feit dat gedrag in belangrijke mate beïnvloed wordt door de intentie (*intention*) om dat gedrag uit te voeren. Of het gedrag ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt, is mede afhankelijk van de vaardigheden (*skills*) en eventuele beperkingen in de omgeving (*environmental constraints*) die van belang zijn voor het specifieke gedrag.

De gedragsintentie, bijvoorbeeld om te stoppen met roken, wordt beïnvloed door drie determinanten, ook wel 'globale percepties' (*global perceptions*) genoemd: de attitude ten opzichte van stoppen met roken (iemand's algehele gevoelens van hoe gunstig of ongunstig het zou zijn om te stoppen met roken), de gepercipieerde norm (*perceived norm*) die er in de omgeving bestaat met betrekking tot stoppen met roken, en eigeneffectiviteit (*self-efficacy*) ten opzichte van dit gedrag, oftewel of de mate waarin men denkt daadwerkelijk te kunnen stoppen met roken.

De globale percepties zijn functies van enerzijds de specifieke overtuigingen met betrekking tot het gedrag en anderzijds de afwegingen van het belang van elk van die overtuigingen. Zo kan iemand negatieve gedragsovertuigingen (*behavioral beliefs*) hebben met betrekking tot stoppen met roken, zoals 'Als ik stop met roken, voel ik me onrustig', maar ook positieve, zoals 'Als ik stop met roken, bespaar ik honderden euro's per jaar'. Wanneer de positieve gedrags-overtuigingen zwaarder wegen dan de negatieve ontstaat er een positieve attitude ten opzichte van het gedrag. Normatieve overtuigingen (*normative beliefs*), de waargenomen overtuigingen van anderen in de sociale omgeving, bijvoorbeeld 'Mijn vrienden vinden me niet meer stoer als ik niet rook', beïnvloeden samen met de motivatie om zich te schikken in deze overtuigingen van anderen (*motivation to comply*) de gepercipieerde norm. Binnen de normatieve overtuigingen wordt nog een onderscheid gemaakt tussen descriptieve normatieve overtuigingen (overtuigingen met betrekking tot het feitelijke gedrag van anderen) en injunctieve normatieve overtuigingen (overtuigingen met betrekking tot de opvattingen van anderen over dit gedrag). Tot slot bestaan er eigeneffectiviteitsovertuigingen (*efficacy beliefs*), zoals 'Ik kan "nee" zeggen tegen een sigaret, zelfs als iedereen om me heen rookt', die samen met de evaluatie van deze overtuigingen, bijvoorbeeld 'Dit maakt het voor mij niet moeilijk om te stoppen met roken', de eigeneffectiviteit ten opzichte van het gedrag beïnvloeden.

De overtuigingen worden tot slot mogelijk indirect beïnvloed door een aantal distale variabelen (*distal variables*), zoals leeftijd, culturele achtergrond, persoonlijkheid en humeur, die voor elk individu en in elke context een verschillende rol kunnen spelen.

Zoals hierboven beschreven, is het IMBP toepasbaar op beredeneerd gedrag. Ook converseren kan gezien worden als een vorm van beredeneerd gedrag. De factoren die bepalend zijn voor het al dan niet uitvoeren van gezondheidsgedrag, lijken ook een rol te spelen bij het al dan niet praten over gezondheidsthema's. Praten is echter ook sociaal gedrag; er zijn per definitie anderen (gesprekspartners) bij betrokken, wat het mogelijk lastig maakt om het IMBP op dit gedrag toe te passen. Om meer te weten te komen over de factoren die van invloed zijn op de intentie om wel of niet over een gezondheidsthema te praten, staat in dit verkennende onderzoek de volgende vraag centraal: *Wat zijn de mogelijke determinanten van praten over gezondheidsthema's?* De onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van data uit kwalitatieve interviews. Als theoretisch raamwerk wordt het IMBP gebruikt.

## 2. METHODE

### 2.1 Deelnemers en procedure

Voor deze studie zijn 12 deelnemers geïnterviewd, variërend in leeftijd en opleidingsniveau (jonger dan 25, laagopgeleid: N = 3; jonger dan 25, hoogopgeleid: N = 3; ouder dan 50, laagopgeleid: N = 3; ouder dan 50, hoogopgeleid: N = 3). De helft van de deelnemers bestond uit mannen en de andere helft uit vrouwen. Selectie van de deelnemers vond plaats via een sneeuwbalmethode vanuit het persoonlijke netwerk van de onderzoekers. Alle deelnemers werden persoonlijk benaderd en ontvingen een financiële compensatie van 10 euro voor hun participatie in deze studie.

Als methode voor dataverzameling is gekozen voor kwalitatieve interviews. Deze methode is geschikt voor exploratieve studies als deze, omdat het onderzoekers in staat stelt de onderliggende betekenissen bloot te leggen die besloten liggen in de individuele ervaringen van mensen (Yeshua-Katz & Martins, 2013).

Alle interviews werden afgenomen in de huiselijke sfeer. De interviews waren semigestructureerd. Gevraagd werd of, wanneer, waarom en met wie deelnemers praten of zouden willen praten over zes gezondheidsthema's: alcohol, hart- en vaatziekten, obesitas, roken, veilig vrijen en huidkanker. Ook werden vragen gesteld aan de deelnemers over hun kennis over deze gezondheidsthema's, en over (de inschatting van) het conversatiegedrag van hun sociale omgeving met betrekking tot deze thema's. Tot slot werden vragen gesteld over het eigen gezondheidsgedrag bij elk van deze thema's en dat van de sociale omgeving.

De interviewer (de derde auteur van dit artikel) liet de deelnemers op hun eigen manier over de onderwerpen in het interview praten, en stelde waar nodig follow-upvragen om ervoor te zorgen dat alle hierboven genoemde aspecten aan bod kwamen. Slechts in enkele gevallen bleek aansporing van de interviewer nodig om een deelnemer uitgebreider over een

bepaald aspect te laten praten. Alle interviews werden getranscribeerd door de interviewer. De gemiddelde duur van de interviews was 28 minuten (SD = 9 minuten). Alle zes gezondheidsthema's kwamen apart aan bod in elk interview, met als resultaat een totaal van 72 'subinterviews'.

### 2.2 Analyse

De methode die voor de analyse van de interviewdata werd gebruikt, was een combinatie van een bottom-up- en een top-downaanpak: begonnen werd met de data op een zo open mogelijke manier te labelen, en vervolgens werden vooraf gedefinieerde IMBP-categorieën gebruikt om te zien of deze op de interviewdata toepasbaar waren.

Het analyseren van de interviewdata gebeurde aan de hand van een *grounded theory*-aanpak (Strauss & Corbin, 1998), waarbij de data op systematische wijze geanalyseerd worden om theorie uit de data naar boven te halen. Aan de hand van deze aanpak zijn de interviewdata gelabeld en gecategoriseerd, en zijn de categorieën vervolgens gestructureerd. Deze categorieën representeren de belangrijke thema's in de data.

Alle transcripten werden eerst gelezen en gecodeerd door dezelfde twee codeurs (de eerste auteur van dit artikel en een student-assistent). Eerst werden de interviewdata verdeeld in codeerbare informatie-eenheden, die bestonden uit de antwoorden van elke deelnemer op elke interviewvraag, om zo de context en de betekenis van de uitingen van de deelnemers te kunnen waarborgen (Helme e.a., 2011). Vervolgens werden de informatie-eenheden gelabeld op basis van de informatie die ze bevatten, wat *open coding* wordt genoemd. Voorbeelden van gehanteerde labels zijn 'gemakkelijk gespreksonderwerp' of 'bang om vriend aan te spreken op drinkgedrag'. Zowel de opdeling van de data in informatie-eenheden als het toekennen van labels aan de informatie-eenheden gebeurde eerst door codeur 1 (steeds de eerste auteur), en diens opdeling in informatie-eenheden en labels werd vervolgens gecontroleerd door codeur 2. Codeur 1 paste op basis van het commentaar van codeur 2 de informatie-eenheden en labels aan. Voor de labels en informatie-eenheden waarover nog geen overeenstemming bestond, voerden codeur 1 en codeur 2 discussie om tot volledige overeenstemming te komen.

In de volgende stap, *axial coding*, werden de labels uit de *open coding*-fase gecategoriseerd. Deze categorisering werd uitgevoerd door drie verschillende codeurs (drie van de vier auteurs van dit artikel) in meerdere discussiebijeenkomsten, waarbij uiteindelijk een volledige overeenstemming voor elk van de categorieën werd bereikt. Omdat we geïnteresseerd waren in de toepasbaarheid van het IMBP op converseren, trachtten we de labels uit de *open coding*-ronde te relateren aan IMBP-concepten, die werden geoperationaliseerd conform Fishbein (2000), Fishbein en Yzer (2003), Fishbein en Ajzen (2010) en Yzer (2012). De gehanteerde operationalisering voor de IMBP-concepten zijn te vinden in bijlage 1.

Bij het analyseren van de data is vooral gelet op de overtuigingen die bepalend zijn voor de attitude, gepercipieerde norm en eigeneffectiviteit, omdat deze concrete overtuigingen met behulp van communicatie beïnvloed kunnen worden (Yzer, 2008). In onderstaande bespre-

king van de resultaten is telkens bekeken wat het volgens deelnemers gemakkelijk of moeilijk maakt om over de verschillende gezondheidsthema's te praten.

### 3. RESULTATEN

Uit de resultaten kwamen allereerst vier verschillende soorten communicatiegedrag naar voren waartussen onderscheid gemaakt moest worden om uitspraken te kunnen doen over de determinanten van praten over gezondheidsthema's in het algemeen: (1) bespreken, zoals in gesprekken tussen vriendinnen over gezond eten, (2) aanspreken van iemand op zijn/haar gedrag, bijvoorbeeld iemand die rookt op een plek waar dit niet mag, (3) onderhandelen over gezondheidsgedrag, bijvoorbeeld tussen partners over condoomgebruik, en (4) voorlichten, bijvoorbeeld wanneer ouders hun kinderen waarschuwen voor de gevaren van alcohol.

Wat tevens prominent uit de resultaten naar voren kwam, was de belangrijke rol van het concept *face*: 'the public self-image that every member [of a society, red.] wants to claim for himself' (Brown & Levinson, 1987, p. 61). Deelnemers aan interactie lijken altijd bezig te zijn met het beschermen van zowel hun eigen *face* als die van de andere deelnemer(s) (Goffman, 1955; Brown & Levinson, 1987). Mensen in interactie zijn immers 'op een podium' (Goffman, 1959), en deelnemers aan deze interviewstudie leken dat te beseffen: afhankelijk van welk gezondheidsthema aan de orde was (bijvoorbeeld alcohol of veilig vrijen), met welke gesprekspartner (bijvoorbeeld kinderen of vrienden) en in welke context (bijvoorbeeld naar aanleiding van een tv-programma of met een obese persoon in de buurt) gaven zij verschillende overwegingen om wel of niet te praten. Ook van belang hierbij bleek de hiërarchische relatie tussen de gesprekspartners: voor gesprekken tussen vrienden (horizontale relatie) werden bijvoorbeeld andere overwegingen genoemd dan voor gesprekken tussen ouders en kinderen (verticale relatie).

In onderstaand overzicht van de resultaten wordt telkens per type communicatiegedrag besproken wat het volgens de deelnemers gemakkelijk of moeilijk maakt om met een bepaalde gesprekspartner of in een bepaalde gesprekscontext over een bepaald gezondheidsthema te praten.

#### 3.1 Bespreken

##### 3.1.1 Factoren die bespreken gemakkelijk maken

Deelnemers gaven aan gemakkelijk om over een bepaald onderwerp te praten wanneer je daar niemand mee kwetst en daarmee dus niemand's *face* beschadigt, zoals bijvoorbeeld bij veilig zonnen, wat een van de gemakkelijkere gespreksonderwerpen in de interviews werd gevonden.

Deelnemers noemden een aantal descriptieve normen die bespreken gemakkelijker maken. Zo gaf een deelnemer aan gemakkelijker over veilig vrijen te praten dan haar ouders,

en een andere deelnemer meldde dat een kennis met huidkanker openlijk over veilig zonnen praat. Deze descriptieve normen hebben veelal betrekking op een zekere relevantie van het onderwerp voor één van de twee gesprekspartners. Onderstaand voorbeeld laat een injunctieve norm zien die bespreken gemakkelijker maakt, namelijk dat praten over roken maatschappelijk geaccepteerd is. Dit betekent dat er minder gevaar is van beschadiging van iemand's *face* in interactie.

(1) Interviewer: 'Denk je dat het voor mensen in het algemeen makkelijk is om over dit onderwerp te praten?'

Deelnemer: 'Ja, ik denk dat over roken praten, dat dat wel maatschappelijk geaccepteerd is.'

Deelnemers noemden een aantal eigeneffectiviteitsovertuigingen die bespreken gemakkelijker maken, zoals het feit dat het gemakkelijk is om met vrienden over alcohol, obesitas en veilig vrijen te praten, dat het gemakkelijk is om met gelijkgestemden te praten over hoe dom en asociaal roken is, dat het niet moeilijk is om met obese mensen over obesitas te praten uit interesse voor hun aanpak, en dat het onderwerp roken nu gemakkelijker is om over te praten dan vroeger.

Bij bespreken maakten de deelnemers een onderscheid tussen verschillende contexten: is er iemand die in de buurt die ongezond gedrag vertoont of niet? Zo werd het gemakkelijk gevonden om te roddelen over iemand die veel drinkt als diegene zelf niet in de buurt is. Ook in deze situatie is er minder kans om iemand's *face* te beschadigen in interactie.

##### 3.1.2 Factoren die bespreken moeilijk maken

Deelnemers noemden een aantal gedragsovertuigingen die bespreken moeilijk maken, zoals het feit dat het weinig zin heeft om gewichtsproblemen op te lossen door hier met vrienden over te praten, en dat het ongemakkelijk is als er in het openbaar over veilig vrijen wordt gesproken. Ook werd het 'niet nodig' gevonden om naar aanleiding van een tv-programma over obesitas te praten, omdat in zo'n programma alles al wordt uitgelegd.

Deelnemers noemden een aantal descriptieve normen die bespreken moeilijk maken, zoals het feit dat het onderwerp obesitas niet leeft onder vrienden, en dat anderen niet over hart- en vaatziekten beginnen. Het gaat hier telkens om de relevantie van het onderwerp voor de gesprekspartner. Tevens werden injunctieve normen genoemd die bespreken moeilijk maken, zoals het feit dat het ongepast is om met familie over het eigen drinkgedrag te praten, en dat de onderwerpen obesitas en veilig vrijen taboe zijn. Dit betekent dat wanneer deelnemers over dit onderwerp zouden praten, ze een grotere kans lopen om hun eigen *face* te beschadigen.

Deelnemers noemden een aantal eigeneffectiviteitsovertuigingen die bespreken moeilijk maken, zoals het feit dat obesitas een gevoelig onderwerp is met de eigen kinderen of met een obese vriend, dat praten over obesitas obese mensen onzeker kan maken, en dat het niet

natuurlijk of gebruikelijk is om over veilig vrijen te praten. Ook hier gaat het telkens om het voorkomen van schade aan *face* van de deelnemers zelf of de gesprekspartner. Een voorbeeld van een effectiviteitsovertuiging met betrekking tot praten over alcohol is het volgende:

- (2) Interviewer: 'En hoe kan dat dan?'  
Deelnemer: 'Sociaal gesproken is het toch veel makkelijker om het glas te heffen in plaats van erover te zeggen: "Hé, weet je wel wat je drinkt?"'

Bovendien werd er, zoals in paragraaf 3.1.1 beschreven, door de deelnemers een onderscheid gemaakt tussen situaties waarin er iemand in de buurt is die ongezond gedrag vertoont, en situaties waarin dit niet het geval is. Obesitas werd bijvoorbeeld een gevoelig, moeilijk en gênant onderwerp gevonden om te bespreken met obese mensen in de buurt, omdat dit de *face* van obese mensen zou kunnen beschadigen.

## 3.2 Aanspreken

### 3.2.1 Factoren die aanspreken gemakkelijk maken

Gedragsovertuigingen die werden genoemd die het gemakkelijk maken om anderen aan te spreken op hun gedrag, hebben veelal betrekking op het idee dat aanspreken 'beter' is voor de persoon of de samenleving. Een voorbeeld van een gedragsovertuiging met betrekking tot iemand aanspreken op zijn/haar eetgedrag is het volgende:

- (3) Interviewer: 'En zou er dan over gesproken moet worden, zou dat goed zijn?'  
Deelnemer: '(...) Ik vind wel dat je mensen er op zou moeten wijzen dat ze gezond zouden moeten eten, dat is voor de hele samenleving natuurlijk beter.'

Een descriptieve norm die werd genoemd die het gemakkelijker maakt om anderen op hun gedrag aan te spreken is het feit dat anderen een van de deelnemers soms ook aanspreken op zijn of haar eigen rookgedrag.

Eigeneffectiviteitsovertuigingen die werden genoemd die het gemakkelijk maken om anderen aan te spreken op hun gedrag zijn het feit dat het gemakkelijk is om vrienden aan te spreken op hun drink- of rookgedrag en dat het gemakkelijk is om mensen in het algemeen aan te spreken op hun zon- of rookgedrag.

### 3.2.2 Factoren die aanspreken moeilijk maken

Gedragsovertuigingen die werden genoemd die het moeilijk maken om anderen aan te spreken op hun gedrag zijn het feit dat iemand aanspreken op zijn of haar gewicht diegene onzeker kan maken, dat er bij deelnemers angst bestaat voor de opmerking 'Waar bemoei jij je mee?'

bij het aanspreken van een roker, en dat de sfeer misschien verpest wordt als een deelnemer zijn vrienden aanspreekt op hun eetgedrag.

Injunctieve normen die werden genoemd die het moeilijk maken om anderen aan te spreken op hun gedrag zijn het feit dat rokende vrienden er moeite mee hebben om naar buiten gestuurd te worden, en dat mensen achter hun eigen zongedrag staan en waarschuwingen van anderen niet op prijs stellen.

Een eigeneffectiviteitsovertuiging die werd genoemd die het moeilijk maakt om anderen aan te spreken op hun gedrag is het feit dat het moeilijk is om anderen aan te spreken op hun eet- en sportgedrag. Een deelnemer durft bijvoorbeeld een vriendin die elke dag drinkt niet aan te spreken:

- (4) Deelnemer: '(...) Maar ik heb een vriendin en die drinkt eigenlijk iedere dag wel en die woont op zichzelf, en zij is ook best wel aangekomen, maar ik durf het toch niet helemaal tegen haar te zeggen, want het is wel een hele lieve meid.'

## 3.3 Onderhandelen

Bij dit type communicatiegedrag gaat het alleen om het onderhandelen met de partner, en alleen met betrekking tot het gezondheidsthema veilig vrijen. Een eigeneffectiviteitsovertuiging die werd genoemd die het gemakkelijk maakt om te onderhandelen, is het feit dat veilig vrijen een gemakkelijk onderwerp is om met je (bed)partner te bespreken, bijvoorbeeld in:

- (5) Interviewer: 'Is het iets waar je makkelijk over kan praten, tegen vrienden, dan wel bedpartners?'  
Deelnemer: 'Met bedpartners wel sowieso, dan is het logisch, dat moet wel ter sprake komen.'

Een descriptieve norm die werd genoemd die het moeilijk maakt om te onderhandelen is het feit dat mensen alleen met elkaar praten over veilig vrijen voordat ze met elkaar naar bed gaan als er geen alcohol in het spel is.

## 3.4 Voorlichten

Bij dit type communicatiegedrag ging het alleen om het voorlichten van de eigen kinderen.

### 3.4.1 Factoren die voorlichten gemakkelijk maken

Een gedragsovertuiging die werd genoemd die het voorlichten van kinderen gemakkelijk maakt, is het feit dat er bezorgdheid bestaat dat er anders iets vervelends met de kinderen gebeurt (voor de thema's alcohol en veilig vrijen).

Eigeneffectiviteitsovertuigingen die werden genoemd die het voorlichten van kinderen gemakkelijk maken, zijn het feit dat het onderwerp veilig vrijen met jonge kinderen een gemakkelijk onderwerp is om over te praten, en dat het onderwerp veilig vrijen voor een deelnemer gemakkelijker te bespreken is met zijn kinderen dan andersom. Hierbij zijn deelnemers zich bewust van hun eigen *face* en die van hun kinderen:

- (6) Interviewer: 'Vond u het bijvoorbeeld makkelijk om met uw eigen kinderen daarover te spreken?'  
 Deelnemer: 'Ja, uhm, dat zeg ik met enige terughoudendheid. Ik vind het makkelijker om met mijn kinderen daarover te praten dan mijn kinderen het vinden om met mij daarover te praten. Zo liggen de verhoudingen.'

### 3.4.2 Factoren die voorlichten moeilijk maken

Een gedragsovertuiging die genoemd werd die het voorlichten van kinderen moeilijk maakt is het feit dat zij toch niet luisteren naar waarschuwingen over veilig zonnen:

- (7) Interviewer: 'En heeft u het ooit daar wel eens over?'  
 Deelnemer: 'Jaa, ja, ja, ja, ja, ja.'  
 Interviewer: 'In wat voor situatie?'  
 Deelnemer: '(...) Ik euh, nee, ik heb het in de zomer, met mijn vrouw er wel over gehad. Dat je je daartegen moet beschermen, tegen al teveel zonnestralen. Met mijn kinderen niet, die luisteren toch niet.'

Een descriptieve norm die genoemd werd die het voorlichten van kinderen moeilijk maakt, is het feit dat de kinderen niet meer excessief drinken. Het gaat hier weer om de relevantie van het onderwerp.

Een eigeneffectiviteitsovertuiging die genoemd werd die het voorlichten van kinderen moeilijk maakt, is het feit dat dit lastiger wordt naarmate kinderen ouder worden (voor het thema veilig vrijen).

## 4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Gesprekken over gezondheidsthema's kunnen gezondheidsgedrag beïnvloeden, maar er is nog weinig bekend over de vraag wat bepaalt of mensen wel of niet over bepaalde gezondheidsthema's praten. Aan de hand van een kwalitatieve interviewstudie werd daarom een antwoord gezocht op de vraag *Wat zijn de mogelijke determinanten van praten over gezondheidsthema's?* Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van het IMBP als theoretisch raamwerk.

Uit de analyse van de interviewdata bleek praten over gezondheidsthema's allereerst uit minstens vier soorten communicatiegedrag te bestaan: bespreken, aanspreken, onderhandelen en voorlichten. Bovendien bleek elk van de specifieke types communicatiegedrag met specifieke gesprekspartners in specifieke gesprekscontexten over specifieke gezondheidsthema's zijn eigen determinanten te hebben.

Wanneer we naar de resultaten kijken, bleek een aantal determinanten van belang die het gemakkelijker of moeilijker maken om over gezondheidsthema's te praten. Met name *face* bleek een belangrijke determinant te zijn voor deelnemers om rekening mee te houden in hun beslissing wel of niet over gezondheidsthema's te praten. Zo was het gemakkelijk om over een thema als roken te praten omdat dit maatschappelijk geaccepteerd is. Een aantal thema's bleek een beetje taboe te zijn, zoals obesitas of veilig vrijen. Dit taboe kwam met name naar voren bij 'bespreken', waar deelnemers zich vooral lieten leiden door eigeneffectiviteitsovertuigingen: is een gezondheidsthema met specifieke gesprekspartners en in specifieke gesprekscontexten gemakkelijk of moeilijk te bespreken? Bovendien gaven deelnemers aan anders of helemaal niet te praten over een onderwerp als er iemand in de buurt is die het ongezonde gedrag in kwestie vertoont. Het concept *face* bleek ook belangrijk te zijn bij het aanspreken van anderen; het is bijvoorbeeld moeilijk om iemand op zijn of haar gedrag aan te spreken omdat dit zowel de eigen *face* als die van de ander kan beschadigen. Bij het voorlichten van de kinderen leken deze issues met *face* ook te spelen, maar bezorgdheid over de gevolgen van bijvoorbeeld te veel drinken is te groot om hier niet over te communiceren. Ook van belang leek de hiërarchische relatie die bestaat tussen de verschillende gesprekspartners; in het geval van bespreken en onderhandelen lijkt het meer te gaan om een horizontale relatie tussen bijvoorbeeld vrienden, terwijl het bij aanspreken en voorlichten meer om een verticale relatie gaat tussen bijvoorbeeld ouders en kinderen.

Een tweede belangrijke determinant in de beslissing om wel of niet over gezondheidsthema's te praten was de relevantie van het onderwerp voor de deelnemers zelf of hun gesprekspartners, wat vooral een rol bleek te spelen in de descriptieve normen van de omgeving. Persoonlijke relevantie komt ook in studies als Jansen en Janssen (2010), Lubinga, Schulze, Jansen en Maes (2010) en Lubinga, Jansen en Maes (2014) naar voren als een belangrijke determinant van praten over gezondheidsthema's. Tot slot bleek het vooral bij het aanspreken van anderen van belang of de gesprekspartner, of de samenleving als geheel, baat zou hebben bij aanspreken op zijn/haar gedrag.

Hoewel praten over gezondheidsthema's in eerste instantie een type gedrag leek te zijn waarvan de determinanten met behulp van het IMBP kunnen worden geïdentificeerd, bleek dit in de praktijk lastig te zijn. Bij praten gaat het immers om sociaal gedrag, wat erin resulteert dat de drie globale percepties van het IMBP (attitude, gepercipieerde norm en eigeneffectiviteit) niet altijd goed te onderscheiden zijn. Voor deelnemers bleek vooral mee te spelen hoe 'makkelijk' of 'moeilijk' het is om over een onderwerp te praten, wat veelal betrekking heeft op een bepaalde (geanticipieerde) reactie of norm in de sociale omgeving. In de verschillende overtuigingen van de deelnemers komt zo de gepercipieerde norm telkens terug.

In deze verkennende studie zijn enkele algemene principes van praten over gezondheidsthema's geïdentificeerd, die in vervolgonderzoek nader onderzocht kunnen worden. Er is nog



geen eerder onderzoek gedaan op dit gebied waaraan de resultaten van deze studie te linken zijn. Wat de resultaten laten zien, is dat het van belang is om, wanneer het gaat om het ontwerpen van een campagne die mensen over gezondheidsthema's moet laten praten, duidelijk zicht te hebben op de doelgroep van de campagne, met wie deze doelgroep zou moeten praten en op wat voor manier. Voor elk van de gezondheidsthema's kan door middel van een pretest nagegaan worden of een onderwerp bijvoorbeeld taboe is, of dat er mogelijk sprake is van een bedreiging van *face* wanneer over dit onderwerp gepraat wordt. Hier kan dan vervolgens in de campagne op ingespeeld worden. Bovendien laten de resultaten zien dat het IMBP wellicht uitgebreid kan worden om sociaal gedrag te kunnen voorspellen. Deze inzichten kunnen ingezet worden in vervolgonderzoek naar de effecten van campagnes op de overtuigingen die de kans vergroten dat men hierover gaat praten.

## NOOT

1. In de genoemde literatuur worden alleen effectiviteitsovertuigingen genoemd als directe voorspeller van eigeneffectiviteit, maar is er geen 'evaluatiecomponent'. Deze hebben de auteurs daarom zelf toegevoegd aan dit overzicht.

## LITERATUUR

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Botta, R.A., & Pingree, S. (1997). Interpersonal communication and rape: Women acknowledge their assaults. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2, 197-212.
- Brown, P., & Levinson, S.C. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Duggan, A. (2006). Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenges for the next decade. *Journal of Health Communication*, 11, 93-108.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *Aids Care*, 12, 273-278.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York, NY: Psychology Press.
- Fishbein, M., & Yzer, M.C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13, 164-183.

- Geary, C.W., Burke, H.M., Castelnaud, L., Neupane, S., Sall, Y.B., Wong, E., e.a. (2007). MTV's "Staying Alive" global campaign promoted interpersonal communication about HIV and positive beliefs about HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 19, 51-67.
- Goffman, E. (1955). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18, 213-231.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday.
- Helme, D.W., Noar, S.M., Allard, S., Zimmerman, R.S., Palmgreen, P., & McClanahan, K.J. (2011). In-depth investigation of interpersonal discussions in response to a safer sex mass media campaign. *Health Communication*, 26, 366-378.
- Hendriks, H., De Bruijn, G.-J., Putte, B. van den, & Vreese, C.H. de (2014). Predicting health: The interplay between interpersonal communication and health campaigns. *Journal of Health Communication*, 19, 625-636.
- Hornik, R.C., & Yanovitzky, I. (2003). Using theory to design evaluations of communication campaigns: the case of the national youth anti-drug media campaign. *Communication Theory*, 13, 204-224.
- Jansen, C., & Janssen, I. (2010). Talk about it: The effects of cryptic HIV/AIDS billboards. *Communication: South African Journal for Communication Theory and Research*, 36, 130-141.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Lubinga, E., Schulze, M., Jansen, C., & Maes, A. (2010). HIV/AIDS messages as a spur for conversation among young South Africans? *African Journal of AIDS Research*, 9, 175-185.
- Lubinga, E., Jansen, C., & Maes, A. (2014). 'If you care, do not share'. Exploring effects of using rhetorical figures in HIV and AIDS messages on young South Africans' willingness to engage in conversations. *Communication: South African Journal for Communication Theory and Research*, 40, 49-68.
- Morton, T.A., & Duck, J.M. (2006). Enlisting the Influence of Others: Alternative Strategies for Persuasive Media Campaigns. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 269-296.
- Papa, M., Singhal, A., Law, S., Pant, S., Sood, S., Rogers, E.M., e.a. (2000). Entertainment-education and social change: An analysis of parasocial interaction, social learning, collective efficacy, and paradoxical communication. *Journal of Communication*, 50, 31-55.
- Pettifor, A.E., Rees, H.V., Steffenson, A., Hongwa-Madikileza, L., MacPhail, C., Vermaak, K., e.a. (2004). *HIV and sexual behavior among young South Africans: A national survey of 15-24-year-olds*. Reproductive Health Research Unit, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- Putte, B. van den, Yzer, M., Southwell, B.G., De Bruijn, G.-J., & Willemsen, M.C. (2011). Interpersonal communication as an indirect pathway for the effect of antismoking media content on smoking cessation. *Journal of Health Communication*, 16, 470-485.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.
- Southwell, B.G., & Yzer, M.C. (2007). The roles of interpersonal communication in mass media campaigns. *Communication Yearbook*, 31, 419-462.
- Southwell, B.G., & Yzer, M.C. (2009). When (and why) interpersonal talk matters for campaigns. *Communication Theory*, 19, 1-8.
- Strauss, A.L., & Corbin, J.M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Surkan, P.J., Dejong, W., Herr-Zaya, J.M., Rodriguez-Howard, M., & Fay, K. (2003). A paid radio advertising campaign to promote parent-child communication about alcohol. *Journal of Health Communication*, 8, 489-495.
- Valente, T. W., & Fosados, R. (2006). Diffusion of innovations and network segmentation: The part played by people in promoting health. *Sexually Transmitted Diseases*, 33, 23-31.
- Yeshua-Katz, D., & Martins, N. (2013). Communicating stigma: The pro-ana paradox. *Health Communication*, 28, 499-508.



Yzer, M. (2008). The integrative model and message-based HIV prevention. In P. Swanepoel & H. Hoeken (Red.), *Adapting health communication to cultural needs* (pp. 49-69). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Yzer, M. (2012). The integrative model of behavioral prediction as a tool for designing health messages. In H. Cho (Red.), *Designing messages for health communication campaigns: Theory and practice* (pp. 21-40). Thousand Oaks, CA: Sage.

## BIJLAGE 1: OPERATIONALISERING VAN IMBP-CONCEPTEN

Onderstaande operationalisering is gebaseerd op Fishbein (2000), Fishbein & Yzer (2003), Fishbein en Ajzen (2010) en Yzer (2012).

### *Gedrag*

Het wel of niet vertonen van gedrag, in een specifieke context, met een specifieke ander en in een specifieke tijdsperiode.

**Voorbeeld:** ‘Ik praat soms met mijn huisgenoten over gezond eten als we samen koken’

### *Intentie*

De intentie om het gedrag, in een specifieke context, met een specifieke ander en in een specifieke tijdsperiode wel of niet te vertonen.

**Voorbeeld:** ‘Ik ben van plan om vaker met mijn partner over veilig vrijen te praten’

### *Attitude*

Iemands algehele gunstige of ongunstige gevoelens ten opzichte van het gedrag. Attitude is de som van de producten van:

**Gedragsovertuiging:** Overtuigingen dat het uitvoeren van het gedrag bepaalde gevolgen zal hebben, die elk gunstig of ongunstig kunnen zijn.

**Voorbeelden:** ‘Het heeft effect om iemand aan te spreken op zijn/haar rookgedrag’; ‘Iemand aanspreken op zijn/haar rookgedrag kan leiden tot agressieve reacties’

**Evaluaties van gevolgen:** De waarde die aan elk van deze gevolgen wordt gehecht.

### *Gepercipieerde norm*

Gepercipieerde sociale druk om het gedrag wel of niet te vertonen. Gepercipieerde norm is de som van de producten van:

**Normatieve overtuigingen:** Overtuigingen dat belangrijke anderen in iemands omgeving zelf het gedrag in kwestie wel of niet vertonen, en diens gedrag zullen goedkeuren of afkeuren.

**Voorbeeld:** ‘Het is in mijn vriendengroep taboe om over veilig vrijen te praten’

**Motivatie om te schikken:** Iemands motivatie om in het algemeen te schikken in de overtuigingen en het gedrag van deze anderen.

### *Eigeneffectiviteit*

Het idee dat het mogelijk is het gedrag uit te voeren, ook onder een aantal moeilijke omstandigheden. Eigeneffectiviteit is een product van<sup>1</sup>:

**Eigeneffectiviteitsovertuigingen:** De specifieke persoonlijke omstandigheden en omgevingsomstandigheden die het uitvoeren van het gedrag kunnen helpen of belemmeren.

**Voorbeelden:** ‘Het is makkelijk om iemand die te veel gedronken heeft aan te spreken op diens drinkgedrag’; ‘Ik durf niet over obesitas te praten als er iemand in de buurt is met obesitas’

**Evaluatie van eigeneffectiviteit:** De waarde die aan elk van deze omstandigheden wordt toegekend: in welke mate is het, gegeven elk van deze omstandigheden, mogelijk het gedrag uit te voeren?