



KULEUVEN



UNIVERSITEIT GENT



UNIVERSITEIT ANTWERPEN



VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE GGS-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

**«Het verband tussen gewichtsp perceptie bij meisjes
en de gepercipieerde voordelen ten aanzien van roken »**

Door Hanna Eerdeken s

Promotor: Stephan Van den Broucke

Co Promotor : Maura Sisk

**Verhandeling voorgedragen tot
het behalen van de graad van
Gediplomeerde in de Gespecialiseerde Studies
in de Jeugdgezondheidszorg**

18 september 2003

**« Het verband tussen gewichtspceptie bij meisjes
en de gepercipieerde voordelen ten aanzien van roken »**

Door Hanna Eerdekens

2^e jaar Jeugdgezondheidszorg

heerdekens@yahoo.com

Promotor: Stephan Van den Broucke

Onderzoeksgroep voor Stress,

Gezondheid en Welzijn, K.U.Leuven

Stephan.VandenBroucke@psy.kuleuven.ac.be

Co Promotor: Maura Sisk

Preventief Gezondheidscentrum

Dienst studentenvoorzieningen

K.U.Leuven

Maura.Sisk@dsv.kuleuven.ac.be

Woord vooraf

Aanleiding en motivatie van de keuze van dit onderwerp:

Dit eindwerk kadert in een breder plan voor een tabakspreventie- en rookstopbeleid van de K.U.Leuven, zowel bij de personeelsleden, als bij de studenten.

Tijdens de vervanging in juli 2002 van dr. Maura Sisk , de coördinerende arts van het preventief gezondheidscentrum aan de K.U.Leuven was literatuurnazicht m.b.t. de voorbereiding van dit rookpreventieprogramma, een deel van mijn werkopdracht. Dit waren twee vliegen in één klap door tegelijkertijd een literatuursearch te doen en voor mijn job en voor mijn eindwerk.

Het eindwerk zou een deel van een groter geheel kunnen worden, met een voor de hand liggende en ideale onderzoeksgroep, namelijk de studenten die op eerstejaaronderzoek komen. De meeste studenten van de eerste kandidatuur komen op medisch preventief onderzoek. Tijdens het wachten nadat ze bij de secretaresse zijn geweest en vooraleer bij de arts te komen, is er gelegenheid om een vragenlijst in te vullen. Omdat ik er ook werk als preventieve arts, zou ik meer zicht hebben op de implementatie van de studie tijdens mijn werk.

Bovendien ben ik bijzonder geïnteresseerd in beide studiegebieden: rookstop en 'het zich te dik voelen van meisjes'. Niet alleen in mijn job als arts tijdens de eerste jaarsonderzoeken zal ik te maken krijgen met jonge dames die roken, ook bij mijn job als huisarts en schoolarts in het CLB. Dus het is wel degelijk zeer zinvol voor mij om een idee te krijgen waarom deze meisjes roken en wat hen daartoe drijft. Om er op een adequate manier op in te kunnen gaan, zowel binnen GVO-campagnes, als bij individuele consulten.

Dankwoord aan de medewerkers:

Dit eindwerk heb ik niet alleen kunnen maken. Een heleboel mensen wil ik bedanken omdat ze mij spontaan hebben geholpen bij de theoretische, organisatorische en praktische aspecten van de studieopzet en voor de steun, motivatie en toeverlaat op de vele momenten dat het minder vlot liep.

Graag zou ik volgende mensen in het bijzonder willen bedanken:

Stephan Van den Broucke, mijn promotor, omdat hij altijd tijd kon vrij maken om mij te coachen en uitleg te geven, om me literatuur te bezorgen, mijn werk op te volgen en te verbeteren en om alle statistische analyses te doen.

Maura Sisk, mijn co-promotor, die met haar aanstekelijk enthousiasme alles op rolletjes deed lopen bij de studentenbevraging als deel van de eerstejaaronderzoeken. Ik apprecieer het ook enorm dat zij en ook *papa* mij met alle geduld van de wereld hebben geholpen bij het manueel invoeren van de gegevens en het nalezen van dit werkstukje ter correctie van inhoudelijke en taalfouten.

Michel Probst, werkzaam in UZ in Kortenberg, voor zijn adviezen met betrekking tot lichaamperceptievragenlijsten en de *jobartsen* (Lore Clymans, Bart Vandewynckele , Els Van den Eede , Nick Devreker en Jelissa Boiy) om de vragenlijsten in ontvangst te nemen tijdens het onderzoeksmoment.

Irene De Cock en Peter Hallet voor het geven, ontvangen en ordenen van de vragenlijsten en de K.U.Leuven voor de copies.

De *eerste jaarsstudenten 2002-2003* waren natuurlijk ook niet te missen en bedank ik voor hun medewerking aan de vragenlijsten, mijn *ouders* voor het kopiëren en het afleveren van de definitieve exemplaren van het eindwerk aan de UIA.

En mijn vrienden en familie, bedankt voor de psychologische ondersteuning

Inhoudstafel

INLEIDING.....	9
HOOFDSTUK 1. LITERATUUROVERZICHT: PROBLEEMANALYSE.....	12
1.1. Een model voor planmatige gezondheidsvoorlichting.....	12
1.2. Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid	12
3.2.1. Prevalentiecijfers	12
1.2.1.1. Roken bij volwassenen.....	12
1.2.1.2. Roken bij jongeren.....	14
1.2.1.3. Roken bij studenten.....	16
3.2.2. Roken, morbiditeit en mortaliteit	17
1.2.1.2. Tabaksgerelateerde morbiditeit	17
1.2.1.3. Tabaksgerelateerde sterfte.....	18
1.2.1.4. Uitgaven voor gezondheidszorgen	20
3.2.3. Economische gevolgen van roken.....	20
1.2.1.5. Tabaksverkoop	20
1.2.1.6. Fiscale inkomsten.....	20
1.3. Analyse van gedrag, leefstijl en omgevingscondities.....	20
3.2.4. Theorieën en modellen ter verklaring van rookgedrag	21
1.3.1.1. Verklarende modellen.....	21
1.3.1.2. Dynamische modellen	23
3.2.5. Jongeren en roken: hoe wordt iemand een roker ?	24
1.4. Geslachtsverschillen m.b.t. rookgedrag.....	27
1.4.1. Externe determinanten:	28
1.4.1.1. Macroniveau: Maatschappelijke invloeden.....	28
1.4.1.2. Microniveau : Sociale invloeden	29
1.4.2. Individuele karakteristieken	30
1.4.2.1. Persoonlijkheidskenmerken,.....	31
1.4.2.2. Gedragsrepertoire en kennis van een individu	32
1.4.2.3. Sociaal cognitieve factoren.....	32
1.4.2.4. Biologische factoren	34
1.5. Literatuur: verband tussen roken en gewichtspceptie bij meisjes.....	34
HOOFDSTUK 2. OPERATIONALISATIE	36
2.1. De onderzochte populatie	36
2.2. De onderzoeksmethode	37
2.2.1. De onderzoeksinstrumenten.....	39
2.2.1.1. Lichaamsattitudenvragenlijst	39

2.2.1.2.	Gerpercipieerde voordelen van roken	41
2.2.1.3.	rookstatus, - frequentie, - hoeveelheid en - intentie	43
2.2.2.	Dataverzameling	44
2.2.2.1.	Afname procedure, praktische setting en recrutering	44
2.2.2.2.	Data-invoer	45
HOOFDSTUK 3.	GEGEVENS VAN ANALYSE EN RESULTATEN	46
3.1.	Beschrijvende gegevens	46
3.1.1.	Beschrijving van de onderzoeksgroep	46
3.1.2.	Beschrijvende gegevens m.b.t. gewicht	47
3.1.3.	Beschrijvende gegevens m.b.t. roken	52
3.1.4.	Beschrijving gewichtspceptie	54
3.2.	Validering van de vragenlijst naar gepercipieerde voordelen van roken	57
3.2.1.	Factoranalyse	57
3.2.2.	Interne consistentie	58
3.2.3.	Inhoudelijke consistentie	59
3.3.	Beschrijvingen m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken	60
3.3.1.	Vershil tussen mannen en vrouwen	60
3.3.2.	Verschillen m.b.t. studiecluster	60
HOOFDSTUK 4.	VERBANDEN TUSSEN DE VARIABELEN	63
4.1.	Gepercipieerde voordelen en rookstatus voor beide geslachten	63
4.2.	Gepercipieerde voordelen, lichaamsperceptie en rookstatus voor beide geslachten	64
4.3.	Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij jongens en meisjes apart	65
4.3.1.	Bij meisjes	65
4.3.2.	Bij jongens	66
4.4.	Rookstartintentie	67
4.5.	Rookstopintentie	67
4.6.	Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie en rookfrequentie voor jongens en meisjes samen	67
4.7.	Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie en rookfrequentie voor meisjes apart	68
HOOFDSTUK 5.	DISCUSSIE EN CONCLUSIE: ALGEMEEN BESLUIT	70
HOOFDSTUK 6.	SAMENVATTING	74
LITERATUURLIJST		75
BIJLAGEN		77

Lijst met tabellen

Inleiding:

- *Tabel 1.: Percentage dagelijkse rokers van 15 jaar en ouder naar geslacht, Vlaams Gewest, 1996-2001(2)(3)*
- *Tabel 2 : Het aantal rokers (in %) in 1997 (Gezondheidsenquête 1997)(5) en het na te streven aantal rokers (in %) volgens de doelstelling in 2002, Vlaams Gewest.*

Hoofdstuk 1: Literatuuroverzicht: Probleemanalyse

- *Tabel 1.1.1. : de evolutie van het percentage regelmatige/dagelijkse rokers van 18 jaar en ouder in België in de periode 1982-2001 (uit OIVO)(2),(3).*
- *Tabel 1.1.2. : het percentage dagelijkse rokers, occasionele rokers en niet-rokers in België volgens geslacht bij de 15-24 jarigen in 2001/2002 (OIVO)(2),(3).*
- *Tabel 1.2.1.: de evolutie van het dagelijks roken bij Vlaamse jongeren, naar leeftijd en geslacht, in de periode 1990-1998 (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")(7)*
- *Tabel 1.2.2.: het tabaksgebruik bij Vlaamse jongeren in 1998 naar geslacht (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")(7)*
- *Tabel 1.2.3.: het dagelijkse roken bij Vlaamse jongeren in 2000 naargelang studierichting en geslacht (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")(8)*
- *Tabel 1.2.4.: evolutie van rookgedrag bij mannelijk/vrouwelijke studenten (6)*
- *Tabel 1.2.5.: tabakgerelateerde mortaliteit, Vlaams Gewest, 2000*

Hoofdstuk 2: Operationalisatie

- *Tabel 2.1.1.: Het aantal studenten per studierichting die meededen aan het onderzoek "Het verband tussen gewichtsp perceptie en roken", uitgevoerd tijdens het preventief medisch onderzoek aan de K.U.Leuven december 2002 – mei 2003 (N = 1179)*

Hoofdstuk 3: Gegevens van analyse en resultaten

- *Tabel 3.1.1. : beschrijvende statistieken voor leeftijd en BMI van de studenten*
- *Tabel 3.1.2.: kruistabel: aantal studenten per geslacht naargelang studiecluster*
- *Tabel 3.1.3.: beschrijvende statistieken voor BMI en geslacht van de studenten*
- *Tabel 3.1.4.: beschrijvende statistieken van de gemiddelde BMI per geslacht en per studiecluster (N = 1173)*
- *Tabel 3.1.5.: Indeling volgens WHO criteria zowel voor jongens als voor meisjes*
- *Tabel 3.1.6.: Kruistabel: Aantal studenten per BMI-categorie naargelang studiecluster en per geslacht (N = 1173)*

- *Tabel 3.1.7.: Kruistabel: Aantal studenten ingedeeld naargelang indruk arts, per studiecluster en per geslacht (N = 1167)*
- *Tabel 3.1.8.: Kruistabel aantal studenten ingedeeld naargelang indruk arts, per BMI-criterium (N = 1167)*
- *Tabel 3.1.9.: Kruistabel: aantal studenten ingedeeld per BMI-categorie naargelang leeftijd en geslacht (Man N=503, Vrouw N =670, totaal N = 1173)*
- *Tabel 3.1.10.: Kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang indruk arts, per leeftijd en geslacht (Man N = 500, Vrouw N = 667, totaal N = 1167)*
- *Tabel 3.1.11.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang geslacht, rookstatus en studiecluster (Man N = 499, Vrouw N =674 , totaal N = 1173)*
- *Tabel 3.1.12.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang aantal gerookte pakjes per studiecluster en per geslacht (Man = 498 , Vrouw N = 669, totaal N =1167)*
- *Tabel 3.1.13.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang rookstartintentie, studiecluster en geslacht (N = 804)*
- *Tabel 3.1.14.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang rook stopintentie studiecluster en geslacht (N = 260)*
- *Tabel 3.1.15.: Beschrijvende statistieken m.b.t. BMI, drive for thinness, body dissatisfaction*
- *Tabel 3.1.16.: Correlatie-tabel: BMI, drive for thinness, body dissatisfaction, paarsgewijze correlatie coëfficiënten*
- *Tabel 3.1.17.: Gewichtspceptievragenlijst: verschil tussen mannen en vrouwen: T-toets Group Statistics, Independent Samples Test*
- *Tabel 3.1.18.: “drive for thinness” en “body dissatisfaction” t.o.v. studiercluster*
- *Tabel 3.1.19.: beschrijvende statistieken van de univariate analysis of variance voor “drive for thinness” en “body dissatisfaction” t.a.v. studiecluster en geslacht*
- *Tabel 3.2.1.: de rookperceptievragenlijst: de items behorende tot de verschillende dimensies. Na Rotated Component Matrix en “Principal component analyses” als extractie methode*
- *Tabel 3.2.2.: Interne consistentie (Cronbach α) voor de dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken*
- *Tabel 3.2.3.: Pearson correlaties (r) tussen de 5 dimensies van vragenlijst m.b.t. de gepercipieerde voordelen van roken onderling*
- *Tabel 3.3.1. : gepercipieerde voordelen van roken: verschil tussen mannen en vrouwen*
- *Tabel 3.3.2.: gepercipieerde voordelen van roken: verschillen in studiecluster*
- *Tabel 3.3.3. : Paarsgewijze verschillen tussen de studieclusters m.b.t. de dimensies van de gepercipieerde voordelen waarmee significant gecorreleerd. Beschrijvende statistieken en Multiple comparisons a.h.v. Scheffe-methode*

- *Tabel 3.3.4.: Homogene subsets voor “roken ontspant”*
- *Tabel 3.3.5.: Homogene subsets voor “roken bevordert sociaal contact*

Hoofdstuk 4 : Verbanden tussen de variabelen

- *Tabel 4.1.1.: structuur matrix: gepercipieerde voordelen en rookstatus voor beide geslachten*
- *Tabel 4.2.1.: structuur matrix gepercipieerde voordelen en lichaamsperceptie en rookstatus voor beide geslachten*
- *Tabel 4.3.1.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij meisjes*
- *Tabel 4.3.2.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij jongens*
- *Tabel 4.6.1.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookfrequentie (regelmatige roker) bij meisjes en jongens.*
- *Tabel 4.7.1.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookfrequentie (regelmatige roker) bij meisjes*

Lijst met figuren

Hoofdstuk 1: Literatuuroverzicht: Probleemanalyse

- *Figuur 1.1.: Health belief model*
- *Figuur 1.2.: ASE-model*
- *Figuur 1.3.: Transtheoretisch model*

Hoofdstuk 2 Operationalisatie

- *Figuur 2.1.: De vragen over rookstatus*
- *Figuur 2.2.: Opzet voorbeeld van het unifactorieel excell-bestand waarin de gegevens werden ingevoerd*

Inleiding

Roken is een probleem op wereld schaal. In het kader van “**Health for All**” heeft de **WHO doelstellingen** (WHO-Europa, 1993) opgemaakt met onder andere target 17 “Tegen het jaar 2000 moet de consumptie van verslavende producten zoals alcohol, tabak en psychoactieve middelen significant gedaald zijn”. Naar analogie hiervan heeft de **Vlaamse gemeenschap in 1998 de 5 gezondheidsdoelstellingen** opgemaakt. Eén van de vijf gezondheidsdoelstellingen betreft het rookgedrag van de Vlamingen en luidt als volgt: “In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren, met 10% dalen”.

Tabel 1: Percentage dagelijkse rokers van 15 jaar en ouder naar geslacht, Vlaams Gewest, 1996-2001(2)(3)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Mannen	31%	31%	31%	33%	32%	35%	33%
Vrouwen	29%	20%	23%	23%	23%	21%	25%

Tabel 2 : Het aantal rokers (in %) in 1997 (Gezondheidsenquête 1997)(5) en het na te streven aantal rokers (in %) volgens de doelstelling in 2002, Vlaams Gewest.

	1997		einde 2002	
	15-19 jaar	15 jaar en ouder	15-19 jaar	15 jaar en ouder
Mannen	34	36	31	32
Vrouwen	22	22	20	20
Totaal	28	29	25	26

Het rookgedrag bij de Vlaamse inwoners vertoont geen eenduidig patroon. Aan de ene kant lijken vrouwen de vooropgestelde doelstelling te halen. Mannen daarentegen kennen een stijging van het aantal rokers. Bij jongeren heeft zich een zeer licht dalende trend van het aantal rokers ingezet. De vraag stelt zich echter of deze trend zich verder zal zetten en in welke mate. De gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse regering rond roken, om in de periode 1998-2002 het aantal rokers in Vlaanderen zowel bij de mannen als bij de vrouwen en specifiek bij jongeren te doen dalen met 10% werd dus niet bereikt (5).

Het is geweten dat roken schadelijk is en toch is er onvoldoende daling in het rookgedrag. Een mogelijke verklaring hiervoor bij de meisjes zou de invloed kunnen zijn van roken op gewicht. Hierover zijn aanwijzingen in de literatuur, maar geen eenduidigheid.

Roken is verslavend, daarom zijn preventieactiviteiten bij jongeren van belang. Voorkomen is beter dan genezen. Stoppen met roken lijkt moeilijker, daarom is het belangrijk om te weten te komen wat jongeren aanzet om te starten met roken en weerhoudt om te stoppen met roken. Het is belangrijk mogelijke geslachtsverschillen in determinanten te herkennen omdat ze eventueel consequenties kunnen hebben in de opzet en aanpak van preventiecampagnes.

In dit onderzoek zal er uit de bestaande literatuur een synthese en een gerichte bevraging gedaan worden bij de meisjes van de K.U.Leuven en terwijl ook bij de jongens, die op eerste jaars onderzoek komen, om de link na te gaan tussen rookgedrag en attitude ten aanzien van gewicht en lichaamsbeeld. Zowel de rokers als de niet rokers worden bevroegd. Het eigenlijke doel van dit onderzoek is om na te gaan of er een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie.

De onderzoeksvraag luidt als volgt: « *Is er een verband tussen gewichtspceptie bij meisjes en gepercipieerde voordelen ten aanzien van roken?* »

Of met andere woorden: “ zien meisjes die zichzelf te dik vinden en willen vermageren, roken als positief hulpmiddel hierin?”, “ Starten ze met roken om te vermageren of stoppen ze niet met roken om niet bij te komen in gewicht?”, “Zijn het meisjes die inderdaad te dik zijn ?”...

Om te verantwoorden dat dit onderzoek zinvol is voor het opzetten van preventiecampagnes, wordt in het eerste hoofdstuk het probleem van rookgedrag geanalyseerd. Hierbij is m.b.v. literatuurgegevens aangetoond dat roken een veel voorkomend gedrag is bij volwassenen, jongeren en studenten, met ernstige gezondheidsrisico's en grootse economische impact. Vervolgens zijn de theorieën en modellen uit de gezondheidspsychologie beschreven, die worden gebruikt om gezondheidsgerelateerd gedrag zoals roken te verklaren en te beïnvloeden in rookpreventiecampagnes. Roker worden is een complex ontwikkelingsproces, waarbij een aantal stadia doorlopen worden. Er zijn een aantal factoren die het proces van roken kunnen beïnvloeden. Deze zijn per stadium in dit proces weergegeven. Verder zijn literatuurgegevens m.b.t. geslachtsverschillen in het algemeen nagegaan en m.b.t. roken en gewichtspceptie bij meisjes.

Het tweede hoofdstuk geeft weer hoe de studie werd opgezet met als doel na te gaan of er een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie. Verder wordt hier uitvoerig beschreven wie de onderzochte populatie was, hoe het onderzoek werd georganiseerd en welke onderzoeksmethoden en – instrumenten werden gebruikt bij het onderzoek. Verder is ook weergegeven hoe de dataverzameling (afname procedure, praktische setting en recrutering) en –invoer gebeurde.

In een derde hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de statistische analyses en zijn de relevante resultaten beschreven. In het vierde hoofdstuk zijn de verbanden tussen rookgedrag en lichaamsperceptie beschreven, verkregen na analyse van de resultaten van het onderzoek.

In een vijfde hoofdstuk, de conclusie en discussie, wordt nagegaan in welke mate aan de onderzoeksdoelstelling is voldaan en worden er enkele aanbevelingen geformuleerd, voor het beleid in het algemeen en voor jeugdgezondheidszorg in het bijzonder.

Hoofdstuk 1. Literatuuroverzicht: Probleemanalyse

1.1. Een model voor planmatige gezondheidsvoorlichting

Het opzetten van een gezondheidsgerelateerd interview vergt vele stappen vooraleer geïmplementeerd te kunnen worden. Hiervoor kan gebruikt gemaakt worden van het PRECEED/PROCEED model (*Green&Kreuter, 1991;1999*) (1) “Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation”, gevolgd door “Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational en Ecological Development”.

De verschillende stappen hierbij zijn:

1. Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid
2. Analyse van gedrag en omgeving
3. Analyse van de determinanten
4. Ontwikkeling van de interventie
5. Implementatie van de interventie
6. Evaluatie

Dit eindwerk omvat de eerste stappen van dit proces, zijnde de analyse van kwaliteit van leven, de analyse van gedrag en omgeving en de analyse van de determinanten. Dit zal gebeuren d.m.v. een literatuurstudie en een eigen studieopzet: “een gerichte bevraging bij de meisjes tijdens het eerste jaars onderzoek om de link na te gaan tussen rookgedrag en attitude ten aanzien van gewicht en lichaamsbeeld”.

1.2. Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid

In Vlaanderen en de meeste Europese landen blijft roken een veel voorkomend gedrag, zowel bij jongens als bij meisjes. Op lange termijn leidt roken tot ernstige gezondheidsrisico's en een lage levenskwaliteit. De reden waarom er toch gerookt wordt, is dat roken op korte termijn een positief aspect betekent voor de kwaliteit van leven voor vele rokers (1).

3.2.1. Prevalentiecijfers

1.2.1.1. Roken bij volwassenen

Sinds 1982 wordt door het **OIVO** (Onderzoeks - en Informatiecentrum der Verbruikersorganisaties) jaarlijks het tabaksgebruik van volwassenen in België bevestigd a.h.v. enquêtes bij een steekproef van ongeveer 2000 personen (2),(3).

Uit de enquêtes van het OIVO blijkt dat in de periode 1982-1993 het percentage dagelijkse rokers sterk daalde van 40% naar 25%. Sinds 1991 schommelt het percentage dagelijkse

volwassen rokers tussen 25% en 30% en wordt er geen daling van het percentage rokers meer vastgesteld.

Tabel 1.1.1. : de evolutie van het percentage regelmatige/dagelijkse rokers van 18 jaar en ouder in België in de periode 1982-2001 (uit OIVO)(2),(3).

<u>Jaartal</u>	<u>Mannen</u>	<u>Vrouwen</u>	<u>Totaal</u>
1982	53%	28%	40%
1983	47%	27%	37%
1984	47%	26%	36%
1985	45%	27%	35%
1986	46%	26%	35%
1987	42%	26%	32%
1988	42%	24%	32%
1989	39%	26%	32%
1990	38%	26%	32%
1991	33%	24%	29%
1992	31%	21%	26%
1993	31%	19%	25%
1994	33%	19%	26%
1995	33%	24%	28%
1996	34%	27%	30%
1997	31%	22%	26%
1998	30%	23%	27%
1999	31%	26%	29%
2000	36%	26%	31%
2001	34%	22%	28%
2002	33%	25%	29%

We merken duidelijk verschillen tussen de geslachten. Bij mannen neemt het percentage rokers over de beschouwde periode toe en bereikt 35% in 2001. Dit betekent een toename van 4% ten opzichte van 1998. Bij vrouwen vinden we een andere evolutie. Vooreerst is er een daling in de periode 1996-1997 met daarna een lichte stijging tot 23% die constant blijft tot 2000. In 2001 is het percentage vrouwelijke rokers gedaald tot 21%. In 2002 is er opnieuw een stijging tot 25%. Mannen roken meer dan vrouwen, maar het verschil tussen het aantal mannen en vrouwen is de laatste jaren kleiner geworden.

In 2002 verklaarden 29% van de ondervraagden dagelijks te roken, in 2001 verklaarden 28% dagelijks te roken, 3% af en toe en 69% niet te roken.

Opgesplitst volgens gewest waren er in 2001 (1982 bevroegden) in Vlaanderen 28%, in Brussel 26% en in Wallonië 29% rokers, terwijl in 2002 (2029 bevroegden) in Vlaanderen 26%, in Brussel 27% en in Wallonië 35% dagelijkse rokers waren.

Er bestaan zeer grote verschillen in het rookgedrag in België. Leeftijd, geslacht, sociale klasse, burgerlijke stand,...beïnvloeden het rookgedrag. 65-plussers, vrouwen, getrouwden, hogere sociale klassen en Nederlandstaligen roken over het algemeen minder (2),(3),(4).

Tabel 1.1.2. : het percentage dagelijkse rokers, occasionele rokers en niet-rokers in België volgens geslacht bij de 15-24 jarigen in 2001/2002 (OIVO)(2),(3).

	Mannen		Vrouwen	
	2001	2002	2001	2002
Dagelijkse roker	30%	39%	23%	27%
Occasionele roker	3%	11%	2%	11%
Niet roker	66%	50%	75%	63%

De gegevens van de **gezondheidsenquête d.m.v. interview van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur van 1997** (5) zijn ook te vinden op de website:

www.wvc.vlaanderen.be. De resultaten geven vergelijkbare percentages: 30% van de Belgen van 15 jaar en ouder gebruikt tabak, waarvan 26% dagelijks en 5% occasioneel. Het tabaksgebruik ligt hoger bij mannen (37%) dan bij vrouwen (24%).

Uit het onderzoek blijkt ook een verschil in rookgedrag naargelang het onderwijsniveau. Er zijn 26% rokers met een diploma hoger onderwijs tegenover 30 à 35% rokers met een lager of geen diploma.

Een zelfde relatie wordt vastgesteld met het inkomen: 23% van de personen met een equivalent jaarinkomen van meer dan 1.487,36 Euro rookt dagelijks of occasioneel, tegenover 33% in de lagere inkomenscategorieën.

1.2.1.2. Roken bij jongeren

Het rookgedrag bij jongeren wordt sinds 1990 op regelmatige basis nagegaan in het kader van de **studie “Jongeren en Gezondheid”** die onder toezicht van de WHO in verschillende (vooral Europese) landen wordt uitgevoerd (Currie, Hurrelman, Settertobulte, Smith & Todd, 1998)(7),(8). Wat betreft de gegevens voor Vlaanderen afkomstig van de enquêtes

‘Jongeren en Gezondheid’ van 1998 en 2000 verwijzen we naar Vereecken en Maes van de Vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde, Universiteit Gent:

<http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbasc>

De studie toont aan dat Vlaamse jongeren steeds meer en steeds vroeger roken. Het percentage wekelijkse rokers stijgt met de leeftijd, zoals verwacht. Tussen 1990 en 1996 stijgt het dagelijks roken zowel bij jongens als bij meisjes. Tot in 1996 was deze stijging voor de

jongens beduidend groter dan voor de meisjes. Tussen 1996 en 1998 daalt het dagelijks roken bij jongens, maar stijgt het sterk bij meisjes. In 1998 is de prevalentie van regelmatig roken in beide groepen vergelijkbaar, de meisjes hebben een duidelijke inhaal beweging gedaan.

Het dagelijks roken is significant vanaf 13 -14 jaar en wordt opmerkelijk op 15 -16 jarige leeftijd. Op 15-16- jarige leeftijd rookt al 1 op 5 jongeren; op 17-18- jarige leeftijd rookt bijna 1 op 3 jongeren. Het aantal dagelijkse rokers verdubbelt bij de meisjes in de periode van 1990 – 2000 van 13% tot 29%; bij de jongens is er slechts een stijging van 25% in 1990 naar 31% in 2000.

Tabel 1.2.1.: de evolutie van het dagelijks roken bij Vlaamse jongeren, naar leeftijd en geslacht, in de periode 1990-1998 (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")(7)

Leeftijd	Jongens					meisjes				
	1990	1994	1996	1998	2000	1990	1994	1996	1998	2000
11-12j	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	>1%
13-14j	3%	4%	6%	6%	5%	1%	3%	6%	5%	4%
15-16j	11%	21%	23%	21%	19%	8%	12%	17%	20%	15%
17-18j	25%	32%	35%	31%	31%	13%	17%	26%	30%	29%
Totaal	9%	14%	16%	15%	13%	6%	8%	12%	14%	12%

Tabel 1.2.2.: het tabaksgebruik bij Vlaamse jongeren in 1998 naar geslacht (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")(7)

Geslacht	Rookfrequentie			
	Rookt elke dag	Rookt minstens 1 keer per week	Rookt minder dan 1 per week	Rookt niet
Jongens	15%	5%	7%	73%
Meisjes	14%	4,5%	6,5%	75%

Uit hetzelfde onderzoek blijkt een duidelijk verschil in het rookgedrag naargelang de studierichting. Procentueel situeert zich het grootste aantal regelmatige rokers in het beroeps secundair onderwijs (BSO), in dalende orde gevolgd door het technische (TSO) en het algemeen secundair onderwijs (ASO).

Jongens uit het algemeen secundair onderwijs (ASO) blijken steeds minder regelmatige rokers te zijn dan jongens met een technische (TSO) of beroepsopleiding (BSO). Opvallend is tevens dat vanaf 1996 het percentage rokers uit het ASO een dalende lijn kent tot in 2000.

Bij jongens met een beroepsopleiding is er een omgekeerde trend, namelijk een stijgende lijn tot in 2000. Jongens uit het TSO kennen een gevarieerd verloop maar stijgen specifiek in de periode 1998-2000.

Voor de meisjes toont de figuur een sterke stijging van 1994 tot 1998, vooral bij diegenen met een ASO- en TSO-opleiding. Vanaf 1998 is er een ander verloop. Het aantal regelmatige rokers uit het ASO en het BSO blijven constant, terwijl het aantal rokers uit het TSO dalen met een kleine 10%.

Tabel 1.2.3.: *het dagelijkse roken bij Vlaamse jongeren in 2000 naargelang studierichting en geslacht (uit enquêtes "jongeren en gezondheid")*(8)

	Jongens	Meisjes
Studierichting		
ASO	13%	16%
TSO	32%	22%
BSO	44%	41%

Uit de enquête "Jongeren en gezondheid" valt ook nog af te leiden dat op de leeftijd van 17-18 jaar 2 op 3 Vlaamse jongeren minstens ooit 1 sigaret, pijp of sigaar gerookt heeft en dit zowel wat jongens als wat meisjes betreft (7),(8).

Uit de Vlaamse **leerlingenbevraging (12-18j) schooljaar 2000-2001 van het VAD** (9) blijken vergelijkbare resultaten: 25,4% regelmatige rokers, het percentage regelmatige rokers neemt toe met de leeftijd, van de 15-16 jarige leeftijd heeft 30,6% regelmatig gerookt en van de 17-18 jarige 39,1%. Ook hier bleek een verschil naargelang onderwijsvorm. Ongeveer evenveel jongens als meisjes roken en even vaak. Bovendien blijkt dat 71,1% van de 17-18 jarigen ooit tabak heeft gebruikt.

1.2.1.3. Roken bij studenten

De evolutie van het roken bij de studenten aan de K.U.Leuven blijkt uit het jaarverslag van de studentengezondheidszorg (6). Uit *de gegevens van 2002 en 2003* blijkt dat de laatste drie jaren er beduidend minder wordt gerookt dan eind jaren negentig. T.o.v. vorig academiejaar werd er in 2003 door de jongens iets minder gerookt (19,1% versus 19,3%), maar het rookgedrag van de meisjes is terug gestegen (15,3% versus 13,6%). Het hierbij beschouwde rookgedrag betreft alle vormen van roken, ook af en toe roken.

Tabel 1.2.4.: evolutie van rookgedrag bij mannelijk/vrouwelijke studenten (6)

	Mannelijke studenten	Vrouwelijke studenten
94/95	19,6%	15,9%
95/96	24,6%	18,7%
96/97	23,3%	17,2%
97/98	23,7%	19,4%
98/99	23,5%	18,4%
99/00	21%	19,4%
00/01	18,6%	18,8%
01/02	19,3%	13,6%
02/03	19,1%	15,3%

3.2.2. Roken, morbiditeit en mortaliteit

Tijdens het roken van tabak komen nicotine, koolstofmonoxide en teer (teer is samengesteld uit ongeveer vierduizend chemicaliën) vrij. Deze substanties zijn verantwoordelijk voor de schadelijke effecten van roken.

De consequenties van roken voor de volksgezondheid, kan nagegaan worden a.h.v. de korte en lange termijn gevolgen en de uitgaven in de gezondheidszorgen.

1.2.1.2. Tabaksgerelateerde morbiditeit

Korte termijn gevolgen van roken

Er zijn een aantal nadelige korte termijn gevolgen zoals geur van tabak in kleren, haren en adem, onaantrekkelijk, geelbruine tanden en vingers, rokershoest, verminderde conditie ook in sportprestaties, verminderde weerstand tegen infecties, kortademigheid en sneller moe worden. Roken betekent voor vele rokers op korte termijn een positief aspect voor kwaliteit van leven (4).

Lange termijn gevolgen van roken

Verscheidene epidemiologische studies tonen sinds 1950 de nefaste invloeden van het rookgedrag aan, in het bijzonder m.b.t. kankers, hart- en vaatziekten **en** luchtwegenaandoeningen.

Zo is tabak als sterk **carcinogeen** verantwoordelijk voor de met roken gerelateerde kankers, zoals kankers van de longen en luchtwegen, de larynx en de farynx, de mondholte en de slokdarm. Roken kan ook verantwoordelijk worden gesteld voor een deel van de nier-, blaas-, prostaat-, baarmoederhals- en pancreaskankers.

Roken versnelt ook het **arteriosclerotisch** proces en is een belangrijke onafhankelijke risicofactor voor hartinfarcten, coronaire vaataandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen en perifere vaatlijden.

Roken is een belangrijke risicofactor voor **luchtwegaandoeningen**, waarbij vooral het verband werd aangetoond met COPD en pneumonie.

Nicotine in de tabak is een sterk **verslavend** middel.

Tabak is ook verantwoordelijk voor een verhoogd risico op **osteoporose**.

Roken tijdens de **zwangerschap** is oorzaak van perinatale overlijden, laag geboortegewicht en vroegtijdige bevallingen.

Passief roken verhoogt het risico op longkanker en cardiovasculaire aandoeningen bij niet-rokers. Het verhoogt de frequentie van middenooreffusies en lage luchtwegeninfecties bij kinderen van rokers.

Roken is ook verantwoordelijk voor een deel van **woningbranden** en de hieruit voortvloeiende overlijdens. (2),(3),(4).

1.2.1.3. Tabaksgerelateerde sterfte

Eén van de belangrijkste doodsoorzaken is longkanker, vooral bij mannen. Langdurig roken is de belangrijkste oorzaak van longkanker, vandaar ook dat longkanker door primaire preventie kan vermeden worden. Roken vormt een ernstige bedreiging voor de individuele gezondheid en voor de volksgezondheid. Peto (4),(10) en medewerkers ontwikkelden een methode, waarbij op basis van de overlijdensstatistieken onrechtstreeks een raming kan worden gemaakt van de aan tabaksgebruik gerelateerde sterfte. Onderstaande tabel is een gecondenseerde weergave van de resultaten, via deze methode van Peto op de sterfte, bij de residenten van het Vlaamse Gewest in 2000. Deze gegevens zijn ook terug te vinden op de website: www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren

Hieruit blijkt dat bij mannen 7822 sterfgevallen of bijna 1/3 van de sterfte door ziekten bij 35-plussers (exclusief cirrose) kan worden toegeschreven aan het roken. Bij vrouwen bedragen deze cijfers respectievelijk 1159 en 1/23.

Uit de gegevens van het **OIVO** blijkt dat België de Europese koploper is van longkanker bij mannen. Jaarlijks sterven 20000 Belgen vroegtijdig door hun rookgewoonten.(2)(3)

Dit blijkt ook uit het artikel "**Gezondheidszorg: actuele standpunten advies inzake een effectief tabaksbeleid door de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde va België**" in het tijdschrift van geneeskunde (11). Op basis van het gemiddelde van de mortaliteitsstatistieken van de laatste drie beschikbare jaren (1993-1995) berekende de

auteur dat het aantal sterfgevallen ten gevolge van longkanker bij mannen tussen 45 en 74 jaar in België het hoogst is van alle landen van de Europese Unie.

Uit het "Bulletin World Health Organisation; Plans for international convention to control tobacco move ahead van 1999" (26) blijkt dat roken verantwoordelijk is voor ongeveer drie miljoen overlijdens per jaar in de hele wereld en dus de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak is. Dit geldt dus ook voor België, zoals blijkt uit bovenstaande gegevens.

Tabel 1.2.7.: tabakgerelateerde mortaliteit, Vlaams Gewest, 2000

Mannen			
	Sterfgevallen	Aan tabak toegeschreven	%
Longkanker	2.976	2.778	93,3%
Aëro-digestieve kankers	621	419	67,4%
Andere kankers	5.394	795	14,7%
COPD	1.781	1.312	73,7%
Hart- en vaataandoeningen	9.871	1.680	17,0%
Alle andere medische oorzaken	5.514	839	15,2%
Totaal medische oorzaken	26.157	7.822	29,9%
Vrouwen			
	Sterfgevallen	Aan tabak toegeschreven	%
Longkanker	554	308	55,6%
Aëro-digestieve kankers	151	30	20,1%
Andere kankers	5.691	51	0,9%
COPD	821	318	38,7%
Hart- en vaataandoeningen	11.486	216	1,9%
Alle andere medische oorzaken	7.646	236	3,1%
Totaal medische oorzaken	26.349	1.159	4,4%

1.2.1.4. Uitgaven voor gezondheidszorgen

Uitgaven voor gezondheidszorgen in het kader van ziekteverzekering in 2003 op 14,6 miljard euro begroot. Op basis van buitenlandse studies evalueert het OVIO de kosten van het roken op 10% van de gezondheidszorg , dus 1,46 miljard euro (2).

3.2.3. Economische gevolgen van roken

Om na te gaan hoeveel tabak er wordt verbruikt, kan ook worden nagegaan wat het marktaandeel is van de tabaksverkoop en de fiscale inkomsten hieromtrent (3).

1.2.1.5. Tabaksverkoop

Er werden in 2002 in België 14314 miljoen sigaretten verkocht, dit is 10% meer dan in 2001 en 8417 ton roltabak dit is 20% meer dan in 2001. De stijging is waarschijnlijk te wijten aan de vermeerderde sigarettenaankopen door Britten.

1.2.1.6. Fiscale inkomsten

De fiscale inkomsten uit tabakswaaren hebben de Belgische overheid in 2002 1979 miljoen euro opgebracht . Dit is 16% meer als in 2001. Aan de totale ontvangsten moeten nog 37 miljoen euro fiscale inkomsten toegevoegd als resultaat van aankopen van Belgen in het Groothertogdom Luxemburg. In totaal dus 2016 miljoen fiscale inkomsten ! Tot dusver werden geen fiscale inkomsten uit tabak overgeheveld naar tabakspreventie in 2002. De verwachting is dat de inkomsten in 2003 nog verder gaan stijgen, ondermeer door de prijsstijgingen en de regeling voor grensaankopen door Britten (2),(3),(4).

1.3. Analyse van gedrag, leefstijl en omgevingscondities

Uit bovenstaande blijkt het belang van rookgedrag op bevolkingsniveau specifiek voor jongeren. Tabak is nog steeds één van de belangrijkste, vermijdbare oorzaken van ziekte, handicap en vroegtijdige sterfte. De meest schadelijke effecten van roken doen zich maar voor na verloop van enkele tientallen jaren. Het is dan ook niet verwonderlijk dat jongeren geen aandacht hebben voor deze risico's en vooral begaan zijn met de sociale en psychologische voordelen van het roken in hun directe omgeving. De kans dat je ernstig ziek wordt, wordt groter naarmate je meer rookt, vroeger bent beginnen roken en de rook inhaleert. (26)

Roken is verslavend, daarom zijn preventieactiviteiten bij jongeren (beginnen studenten vaak te roken?) van belang. Voorkomen is beter dan genezen ! Stoppen met roken lijkt moeilijker, daarom is het belangrijk om te weten te komen wat jongeren aanzet om te starten met roken en weerhoudt om te stoppen met roken. Het is belangrijk mogelijke geslachtsverschillen in

determinanten te herkennen omdat ze eventueel consequenties kunnen hebben in de opzet en aanpak van preventiecampagnes.

Verder is het ook belangrijk een idee te krijgen hoe dit gedrag tot stand komt, hoe deze in de leefstijl van de jongeren is geïncorporeerd en welke omgevingscondities hierbij een rol spelen. Hiervoor is het best inzicht te krijgen in enkele theorieën en modellen over het rookgedrag zelf en de beïnvloedende factoren, zowel de rechtstreekse als de onrechtstreekse, zoals in onderstaande paragraaf beschreven. In de daaropvolgende paragraaf wordt geschetst hoe deze factoren van belang kunnen zijn in de leefwereld en omgeving van de jongeren naargelang hun leeftijd.

3.2.4. Theorieën en modellen ter verklaring van rookgedrag

Roken en de factoren die jongeren en volwassenen beïnvloeden bij het al dan niet roken, kunnen worden verklaard d.m.v. een aantal gedragsmodellen en -theorieën uit de gezondheidspsychologie. Ze geven op een geordende wijze inzicht in de factoren of determinanten en de processen die een rol spelen in de gedragbeïnvloeding. Verder worden de modellen en theorieën ook gebruikt om programma's en interventies te ontwikkelen die het gedrag effectief veranderen. Er zijn twee soorten modellen beschreven: de verklarende en de dynamische modellen. (1), (4), (12), (13), (14)

1.3.1.1. Verklarende modellen

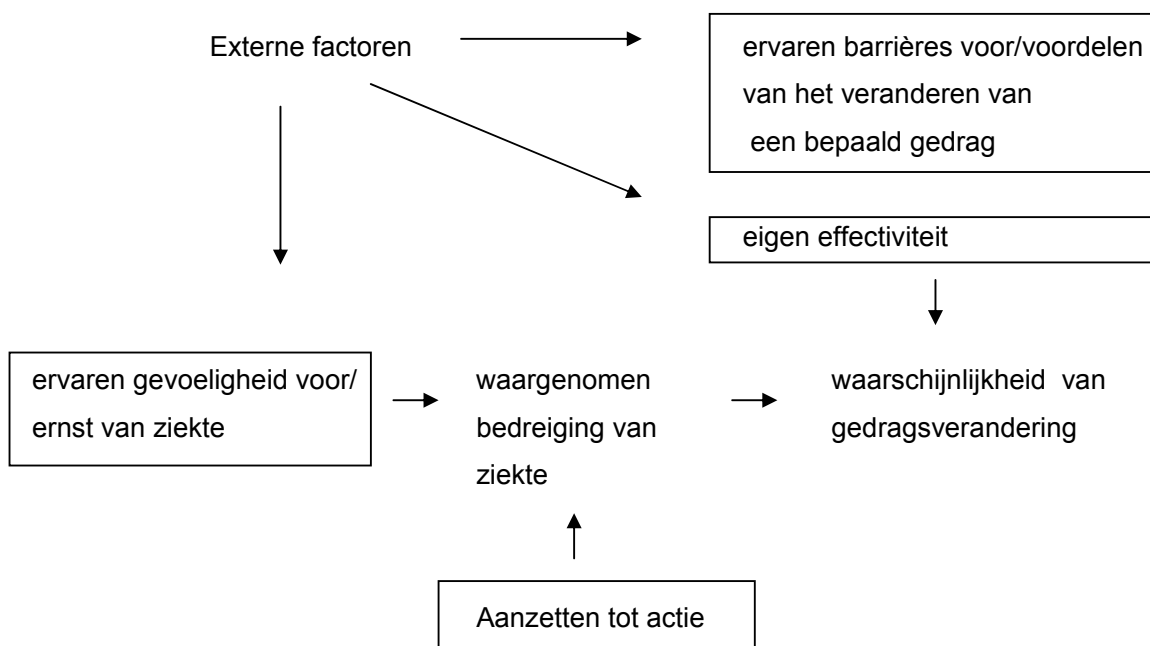
Verklarende modellen beschrijven welke factoren een bepaald gedrag veroorzaken.

Achtereenvolgens worden het Health Belief Model, de Theorie van Beredeneerd Gedrag, de Theorie van Gepland Gedrag en tot slot het ASE – model besproken.

Het oudste verklarende model is het **Health Belief Model** van Becker & Rosenstock (1984). Dit stelt dat het uiteindelijke gedrag wordt beïnvloed door een aantal factoren die voorafgaan aan dat gedrag. Deze factoren hebben te maken met de mate waarin een individu gelooft en ervaart dat hij of zij bedreigd wordt door ziekte.

De factoren omvatten:

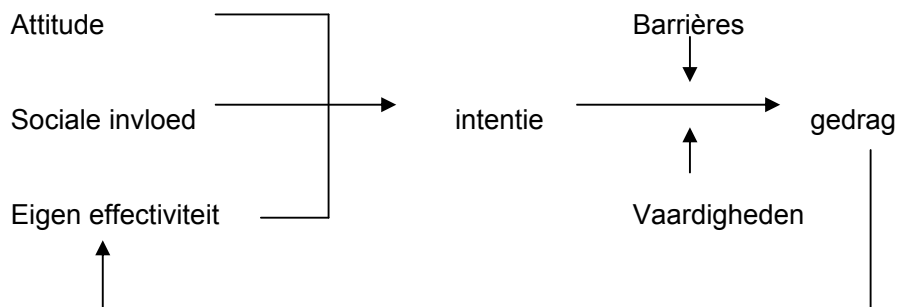
1. het *persoonlijke risico* a.h.v. de ervaren ernst van en de gevoeligheid voor een ziekte
2. de waargenomen *barrières* voor en de ingeschatte *voordelen* van een bepaalde preventieve actie om het gedrag te veranderen
3. de *aanzetten tot actie*
4. de *ingeschatte eigen-effectiviteit* om het gezonde gedrag te kunnen stellen



Figuur 1.1.: Health belief model

Ook de **Theorie van Beredeneerd Gedrag** (1975) en de **Theorie van Gepland Gedrag**, ontwikkeld door Ajzen & Fishbein (1988,1991), zijn verklarende theorieën. Zij identificeren de determinanten die gedrag bepalen en geven duidelijk aan hoe de determinanten met elkaar samenhangen. Gedrag is volgens deze theorieën het directe gevolg van de intentie om een gedrag te stellen. De intentie wordt op haar beurt mee bepaald door de daaraan voorafgaande determinanten: attitude, subjectieve norm, subjectieve controle (m.a.w. de eigen controle die een individu heeft m.b.t. gedrag). Deze laatste determinant is de specifieke bijdrage van de theorie van gepland gedrag aan de verklarende beschrijving. Voor enkele Nederlandse onderzoekers (De Vries et al 1988, Kok et al 1990) vormen beide theorieën de basis voor het ontwikkelen van het zgn. **ASE –model**. Dit ASE-model wordt in Nederland en Vlaanderen vaak gebruikt. Het heeft twee determinanten aangepast: ‘sociale invloed’ en ‘eigen effectiviteit’ zijn in de plaats gekomen van respectievelijk ‘subjectieve norm’ en ‘subjectieve controle’.

1. *Attitudes* zijn meningen van een individu over een gedrag. Ze worden gevormd op basis van enerzijds de ideeën die een individu heeft over de voor- en nadelen van een bepaald gedrag en anderzijds het belang dat hij of zij eraan hecht.
2. *De sociale invloed* zijn de waargenomen opvattingen, het gedrag van anderen en het belang dat een individu daaraan hecht.
3. De *eigen effectiviteit* is de mate waarin een individu denkt dat hij of zij een bepaald gedrag kan stellen .



Figuur 1.2.: ASE-model

1.3.1.2. Dynamische modellen

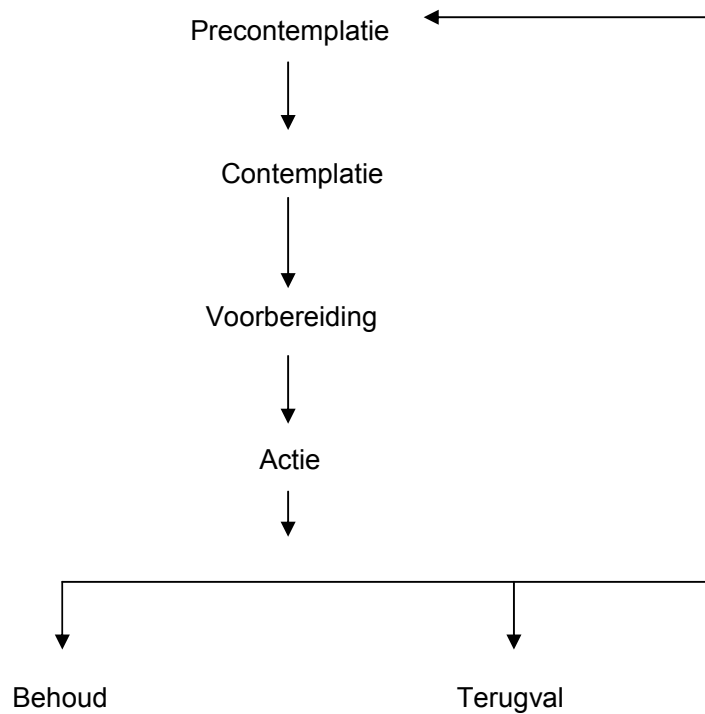
De dynamische modellen geven aan op basis van welke processen en doorheen welke stadia gedrag verandert. Gedrag verandert immers in de loop van de tijd en het is deze evolutie die in dit soort van modellen wordt beschreven.

Het belangrijkste en best gekende model is het **transtheoretisch model van Prochaska & DiClemente (1983,1984)**. Dit wordt ook het model van stadia van verandering genoemd. Hierin staan de stappen centraal die een individu stelt om tot gedragsverandering te komen. Het model bestaat uit twee sleutelcomponenten: de vijf stadia van gedragsverandering (precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie en behoud) en de processen van gedragsverandering passend bij deze stadia, zijnde de interventies die een individu moet ondernemen om van het ene naar het andere stadium te kunnen overgaan.

De volgende vijf stadia doorloopt een individu volgens dit model:

1. *Precontemplatie*: het individu heeft niet de intentie om zijn gedrag te veranderen
2. *Contemplatie*: het individu denkt eraan om zijn gedrag te veranderen binnen de zes maanden.
3. *Vorbereiding*: het individu bereidt zich voor om zijn gedrag binnen de maand te veranderen
4. *Actie*: het individu heeft zijn gedrag onlangs veranderd.
5. *Behoud*: het individu heeft zijn gedrag al meer dan zes maanden veranderd.

Een individu in de actiefase of de behoudfase kan hervallen en moet dan het proces gedeeltelijk of helemaal opnieuw doorlopen.



Figuur 1.3.: Transtheoretisch model

Op te merken bij bovenstaande modellen en theorieën is dat buiten de psychologische (cognitieve) factoren die vermeld worden zoals in hun verklarende beschrijvingen van gedragsverandering, dat gedrag ook kan worden beïnvloed door externe factoren, zoals socio-economische status, geslacht, leeftijd, onderwijsniveau,...

Deze externe factoren beïnvloeden het gedrag door in te werken op de verschillende determinanten en mechanismen die werden beschreven in bovenvermelde modellen en theorieën (1),(4),(13)

3.2.5. Jongeren en roken: hoe wordt iemand een roker ?

Naast de determinanten die aan de grondslag liggen van een bepaald gedrag, is het voor het opzetten van preventiecampagnes ook van belang zicht te krijgen op de ontwikkeling van het rookgedrag van jongeren. Roker worden is een complex ontwikkelingsproces, waarbij een aantal stadia worden doorlopen. Per fase zijn er een aantal factoren die het proces van roken kunnen beïnvloeden, zowel psychosociale factoren als fysische effecten.

Deze zal ik in onderstaande paragraaf weergeven en dit in de verschillende stadia die een jongere doorloopt vooraleer een roker te worden (3),(4),(12),(14),(15),(27).

Fase 1: Preparatiestadium (geboorte – 8 jaar)

In dit stadium worden *attitudes* (kennis, overtuigingen, verwachtingen) t.a.v. roken gevormd onder invloed van familie, vrienden en de media (TV, tabaksreclame) (*De Vries, 1989*)(13).

Vanuit *de omgeving* ontvangen kinderen boodschappen over de veronderstelde functies van roken, terwijl ook rookgedrag van de *ouders*, evenals de opvattingen van de ouders in verband met roken van belang zijn als voorbeeld (*Nutbeam, 1988*) (uit eindwerk *Tim Grugeon*)(15). Zo verwachten adolescenten dat roken een hulpvol copingmechanisme is in stressvolle en moeilijke situaties. Als de meerderheid van de *vrienden* rookt, vindt de adolescent het normaal om ook te roken. *Reclame en de media* beïnvloeden mee de beeldvorming van jongeren over roken. Roken wordt voorgesteld als plezierig, volwassen, modern en Westers. Sportlui, popsterren, helden in films of tv-series,... die roken, bepalen mee het beeld van de adolescent. Roken wordt veelal voorgesteld als een manier om onafhankelijk te worden. Ook ouders spelen hierbij een grote rol.

Jongeren die in deze fase blijven en dus niet beginnen roken, zijn veelal het minst blootgesteld aan roken in hun *directe leefomgeving*. Minder dan 25% van deze jongeren heeft b.v. een beste vriend die rookt. Verder speelt ook de *bereikbaarheid van tabaksproducten* voor jongeren een rol (met o.a. de prijs van sigaretten en het rookverbod in bepaalde publieke plaatsen o.m. op school).

Fase 2: Initiatie- en experimenteerstadium (8 – 14 jaar)

In deze fase worden de eerste *sigaretten uitgeprobeerd*, uit nieuwsgierigheid (het experimenteren van de jongere) of onder druk van de omgeving.

Vooraf *sociale invloeden* spelen hier een rol, zowel direct via overtuiging, druk en aanmoediging, als indirect via *voorbeeldgedrag* van personen waarvoor jongeren bewondering hebben (gezin, familie, belangrijke volwassenen, leeftijdsgenoten, vrienden (zgn. peers), media en reclame). Dit voorbeeldgedrag is wellicht moeilijker te herkennen maar kan toch een grote invloed uitoefenen. Vooral leeftijdsgenoten (zgn. peers) die sigaretten aanbieden, zetten de jongere aan om te roken. Soms is het zo dat door het roken van een sigaret de jongere 'echt' bij de groep hoort; 92 % van deze jongeren hebben een vriendengroep waarvan minstens de helft rookt. Daarnaast ziet men dat adolescenten wiens ouders roken, meer kans hebben om zelf te beginnen roken. Hoe vroeger de ouder stopt met roken, hoe minder kans dat het kind begint te roken.

Lichamelijke ervaringen die gepaard gaan met de eerste sigaret kunnen aversief zijn of stimuleren. De fysiologische bijwerkingen en reacties van de eerste sigaret (hoesten, duizeligheid, misselijkheid, smaak) zijn belangrijk om naar de volgende fase over te gaan. Negatieve ervaringen kunnen verder experimenteelgedrag verhinderen, maar hoe korter de tijd is tussen de eerste sigaretten die men rookt, hoe groter de kans om regelmatig te beginnen roken. Tijdens het experimenteren zelf verdwijnen de negatieve (fysiologische) effecten, terwijl de positieve ervaringen worden versterkt. Resistent worden tegen deze verschijnselen wordt door de adolescent vaak als positief beschouwd.

Flay en collega's (1983) (16) stellen dat de beïnvloedende factoren tijdens het experimenteren voornamelijk van *sociale aard* zijn: familiale socialisatie, invloeden van leeftijdsgenoten, sociale competentie, zelfbeeld, socialisatie op school en de *waargenomen gevolgen van roken*

Fase 3: Experimenteel Stadium: Occasioneel roken (14 à 16 jaar)

Deze fase, die meestal plaats vindt in de puberteit of adolescentie wordt ook wel habituatie genoemd en bestaat uit het herhaaldelijk, maar onregelmatig gebruik van tabak in specifieke situaties. Habituatie wijst op de versterking van de rookgewoonte door het *geloof om positieve fysiologische, sociale en psychologische ervaringen* op te doen met roken, waardoor een regulatie naar positieve en negatieve effecten ontstaat.

Veel adolescenten roken in *positieve sociale situaties* en samen met vrienden (b.v.: alleen tijdens feestjes, alleen in het weekend). *Negatieve situaties* zetten de adolescent soms ook aan om te roken en op die manier om te gaan met stress. Zo hebben jongeren die het op school niet goed doen en jongeren die lage copingvaardigheden hebben, meer kans om te roken. Jongeren die 4 of meer sigaretten per dag roken of waarvan de ouders roken, hebben het meeste kans om een regelmatig roker te worden

Flay en collega's geven volgende invloeden aan die van belang zijn tijdens deze fase: opvattingen over roken en over de betrekkelijkheid van de gezondheidsrisico's, rookgedrag van vrienden, leeftijdsgenoten, gezin, familie en belangrijke volwassenen, zelfbeeld, beschikbaarheid van sigaretten, prijs en fysiologische bekrachtiging.

Fase 4: Stadium van regelmatig roken (16 jaar en ouder)

In dit stadium zijn de ervaren positieve gevolgen van roken een deel van de persoonlijkheid van het individu geworden. Er wordt elk weekend of op bepaalde momenten van de dag gerookt, maar zonder tekenen van verslaving te vertonen. De regelmatige roker rookt

tenminste één sigaret per week en men ziet over de jaren heen het aantal sigaretten per dag alsmaar stijgen.

In dit stadium zijn dezelfde *factoren van invloed* als in het stadium van occasioneel roken o.a. vrienden en ouders, met daarbij komend de nicotine afhankelijkheid opdat de jongere blijft roken.

Fase 5: Stadium van nicotineverslaving

Deze fase wordt gekenmerkt door het regelmatig – dagelijks – gebruik van tabak met een *lichamelijke verslaving* aan nicotine. De relevante invloeden bij zowel regelmatig roken als verslaving zijn, naast de *factoren die bij occasionele roken* van invloed zijn, *nicotineafhankelijkheid en affectcontrole*.

In het doorlopen van de opeenvolgende stadia zullen steeds minder personen overgaan naar een volgend stadium. Gedurende de adolescentie kunnen periodes voorkomen waarin men afwisselt tussen regelmatig roken, experimenteel roken en niet-roken. Deze eerder vergankelijke posities hangen vaak samen met veranderingen van vrienden, school of levensstijl.

In elk stadium treedt een keuzemoment op: stoppen of doorgaan. Hoewel veel jongeren het eerste en tweede stadium van het proces doorlopen en een sigaret proberen, wordt slechts een deel ervan occasioneel roker en een nog kleiner deel regelmatig roker.

1.4. Geslachtsverschillen m.b.t. rookgedrag

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat trends m.b.t. roken niet gelijk zijn voor jongens en voor meisjes. In deze paragraaf worden enkele literatuurgegevens beschreven over verschillen tussen jongens en meisjes in de determinanten die rookgedrag beïnvloeden bij jongeren. (15), (17).

In een recent onderzoek van het Vlaams instituut voor gezondheidspromotie (17) werd een literatuurstudie gedaan naar geslachtsverschillen omtrent het beginnen en blijven roken. De literatuurstudie is gebaseerd op een review van de drie volgende reviews: “*Surgeon General’s Report on Women and Smoking*” (US Department of Health and Human Services, 2001)(32), “*Women and tobacco*”(33) and “*Women and the Tobacco Epidemic, Challenges for the 21st century*”(34) (WHO), “*Smoking in adolescence, Images and Identities*”

Daarbij worden geslachtsspecifieke determinanten van rookgedrag en rookstart bij jonge mensen geïdentificeerd. Het grote aantal studies naar determinanten van rookgedrag bij vrouwen en jongeren, geeft een indicatie van de complexe diversiteit van factoren met

invloed. Zowel de sociale en fysische omgeving, persoonlijkheid, individuele capaciteiten, sociaal cognitieve als biologische factoren spelen zowel een directe als indirecte rol bij tabaksgebruik. Zo deze factoren een verschillende invloed hebben op jongens en meisjes, is het van belang hiermee rekening te houden in geslachtsspecifieke tabakspreventie - en stopprogramma's.

Van de meeste factoren blijkt wetenschappelijke evidentie m.b.t. de geslachtsspecificiteit vaak te ontbreken, onduidelijk te zijn of inconsistent te zijn. Voor een aantal factoren daarentegen blijken de geslachtsverschillen wel (of de afwezigheid ervan) voldoende wetenschappelijk evident en consistent te zijn. Ze worden hieronder kort samengevat.

1.4.1. Externe determinanten:

Hiermee bedoelen we factoren uit de sociale en fysische omgeving: sociale steun, sociale druk, onvoorziene barrières.

Deze factoren situeren zich op macroniveau of op microniveau.

1.4.1.1. Macroniveau: Maatschappelijke invloeden

Maatschappelijke invloeden of omgevingscondities kunnen soms veranderlijk zijn, zoals de gemakkelijke beschikbaarheid van sigaretten, anderzijds zijn ze soms ook moeilijk of niet veranderlijk zoals opleiding en inkomen. (15),(17).

Sommige van deze maatschappelijke invloeden zijn verschillend voor jongens en meisjes. De **prijs van sigaretten** lijkt een invloed te hebben op de rookprevalentie. Mannen worden hierdoor meer beïnvloed dan vrouwen. Jonge mensen blijken minder beïnvloed te worden door prijsveranderingen dan volwassenen. Wanneer in onze maatschappij het niet-roken als algemeen aanvaarde **norm** zou gelden, dan zou dit helpen niet te roken. Mede onder invloed van anti-rookcampagnes wordt het niet-roken in Westerse landen steeds meer de norm. Dit komt o.a. tot uiting in de bij wet vastgelegde beperkingen van het rookgedrag op openbare plaatsen. De ontwikkeling van een **overheidsbeleid** dat niet-roken ondersteunt, moedigt niet-roken aan. Het verbieden van tabaksgebruik op school, de bestraffing van het roken en het belonen van niet-roken, kan risicojongeren helpen om niet-roker te blijven en beïnvloeden om niet te beginnen met roken. Hierbij valt op te merken dat deze wettelijke beperkingen van rookgedrag op openbare plaatsen meer invloed hebben op jongens dan op meisjes, maar minder bij jonge mensen dan volwassenen.

Bij volgende determinanten zijn er geen of onduidelijke geslachtsverschillen.

Zo tabaksproducten **minder gemakkelijk toegankelijk** zijn, wordt er minder tabak gebruikt. Meisjes zouden hun sigaretten minder vaak zelf gaan kopen dan jongens, waardoor de

toegankelijkheid voor hen van minder belang is. Meisjes hebben zelf de indruk dat tabak voor hen minder gemakkelijk bereikbaar is, maar de verkopers blijken meer sigaretten te verkopen aan meisjes dan aan jongens van dezelfde leeftijd. Het lijkt er dus op dat sigaretten beter bereikbaar zijn voor meisjes dan ze zelf de indruk hebben. Bij het tot stand komen van een maatschappelijke norm die niet-roken propageert, speelt ook een verbod op **tabaksreclame** een doorslaggevende rol via product ontwerp, advertentie en promotie activiteiten. Via tabaksadvertenties wordt immers een bepaald imago gecreëerd rond tabaksgebruik met de bedoeling om jongeren te beïnvloeden. Deze advertenties proberen tabak te verbinden met een aantrekkelijke schijnwereld waarbij de idee wordt aangemoedigd dat roken een teken is van volwassenheid. Verder zouden tabaksadvertenties een directe invloed hebben op de beslissing om te beginnen roken. Ook de manier waarop roken op televisie of in films wordt voorgesteld heeft zeer waarschijnlijk invloed op jongeren. Als roken er positief wordt voorgesteld, versterkt dit de positieve verwachtingen in verband met roken. Aan de andere kant spelen de media ook een rol in het informeren van de gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan tabaksgebruik. Tijdens de laatste tien jaar heeft de tabakswereld zich vooral toegespitst op advertenties en promoties voor meisjes, waarin ze andere thema's gebruiken dan voor jongens. Zo worden voor meisjes de sociale wenselijkheid en onafhankelijkheid benadrukt door slanke, aantrekkelijke, atletische modellen. Het is onduidelijk of reclame een differentiële impact heeft op jongens of meisjes. De socio-economische status (SES) speelt ook een rol in het rookgedrag. Hoe lager de SES, hoe hoger het risico voor roken. Ook adolescenten hebben meer kans om te beginnen roken wanneer zij tot een **lagere sociale klasse** behoren. Dit gegeven blijkt ook uit de rookprevalentiecijfers voor Vlaanderen waar het percentage rokende jongeren hoger ligt in de lagere sociale klasse en in het T.S.O. en in het B.S.O. (Vereecken & Maes, 1998) (7). Voor meisjes zou dit een hoger risico zijn dan voor jongens in de lage sociale klasse. Dit werd tegengesproken in een studie met studenten, waar wel een onderrepresentatie is van lagere sociale klasse. Deze contradictie is te verklaren a.h.v. de *Innovatie Diffusie Theorie van Rogers & Schoemakers (1971)*(1),(15). Hoe hoger de SES, de educatie en de macht, hoe sneller de adaptatie aan nieuwe ideeën en middelen. In de geschiedenis begonnen daarom eerst de mannen en dan de "ontwikkelde" vrouwen te roken. Door de veranderende rol van de vrouw in de maatschappij, zijn de verschillen in rookgedrag te verklaren. En is ook te verklaren dat laatste jaren de rookprevalentie minder is bij de hoge SES zowel bij jongens als bij meisjes.

1.4.1.2. Microniveau : Sociale invloeden

In bijna alle studies over roken bij jongeren, blijkt de sterkste voorspeller van het al dan niet roken een **beste vriend te hebben die rookt**. Het is onduidelijk of dit verschillend is voor

jongens en meisjes. Wel is het zo dat een sterke band met de vriend(in) rookgedrag meer promoot bij meisjes dan bij jongens. Experimenteren met roken gebeurt meestal in de vriendenkring. De onmiddellijke peerdruk is geassocieerd met roken bij jongens en niet bij meisjes, maar dit moet nog bevestigd worden in andere research. Zeventig procent van de adolescenten die voor het eerst roken, krijgt zijn sigaretten van iemand anders (in 57% van de gevallen een vriend) en 85% is in het gezelschap van één of meerdere personen (in 50% van de gevallen iemand van dezelfde leeftijd) wanneer de eerste sigaret wordt gerookt.

De tweede sterkste voorspeller van rookgedrag bij jongeren, op de invloed van leeftijdsgenoten na, is het **rookgedrag van de ouders**. Als één van beide ouders rookt, is de kans groter dat kinderen ook zelf beginnen roken, en als beide ouders roken is deze kans nog groter, maar het is onduidelijk of er een verschil is voor zoon of dochter modeling vaders of moeders rookgedrag.

Een opmerkelijk gegeven is wel dat niet zozeer het rookgedrag van de ouders, maar wel de **attitude van ouders t.a.v. roken** van doorslaggevend belang is. Verschillende studies hebben aangetoond dat de mening van ouders een grotere invloed heeft op het rookgedrag van de kinderen dan het al dan niet roken van de ouders. De toestemming van de ouders om te roken is dus een sleutelfactor in het rookgedrag. Sommige ouders geven hun kinderen overigens zelf sigaretten. De kans op roken vergroot ook als andere leden van de familie of verwanten roken.

Ook de **aard van de relatie met de ouders** is van belang. Een nauwe band met de ouders blijkt een protectieve factor te zijn in rookstart en dit in gelijke mate voor jongens als voor meisjes. Ook sterke supervisie door de ouders beschermt jongeren voor roken, maar het is onduidelijk of dit verschillend is voor jongens en meisjes. Een conflictueuze familiale omgeving versterkt indirect het risico te roken bij jongeren, evenveel voor jongens als voor meisjes.

Anderzijds kan roken ook gezien worden als een manier om **onafhankelijkheid te zoeken** ten op zichte van de ouders. Naarmate jongeren ouder worden, wordt de **invloed van de leeftijdsgenoten** echter groter dan deze van de ouders.

1.4.2. Individuele karakteristieken

Met individuele karakteristieken worden de meer persoonlijke determinanten bedoeld: persoonlijkheidskenmerken, gedragsrepertoire en kennis van een individu, sociaal cognitieve factoren zoals de voordeel - en risicoperceptie van roken (attitudes), de gepercipieerde normen en de eigen effectiviteit verwachting en ook de biologische factoren.

1.4.2.1. Persoonlijkheidskenmerken.

Deze individuele karakteristieken zijn niet gemakkelijk beïnvloedbaar, het zijn stabiele kenmerken van een individu.

Er blijken een reeks van persoonsgebonden factoren geassocieerd te zijn met roken, zoals **lage schoolprestaties – en ambities, stoerheid, interesse voor het andere geslacht en impulsiviteit.**

Het verband tussen persoonlijkheidsfactoren en rookstatus werd in verschillende studies nagegaan. Het is mogelijk dat jongeren het roken zien als een middel om **te rebelleren** tegen de maatschappij. Dit is vooral zo voor meisjes. Er is een verband tussen rookstart en **sociabiliteit** bij meisjes, niet bij jongens: er is meer kans dat meisjes roken als ze betrokken zijn in sociale niet sport activiteiten. Door middel van roken bekomt het meisje in tegenstelling tot de status “braaf meisje” de hoogste sociale status. Jongens bekomen deze status door te sporten. Een laag zelfwaarde gevoel is een risico factor voor roken, vooral bij meisjes. Bij personen met een **lage zelfwaardering** kan roken beschouwd worden als een belangrijk onderdeel van het zelfbeeld, waardoor deze personen een groter risico lopen om roker te worden. Het rookgedrag compenseert of versluiert voor deze personen de lage zelfwaardering.

De relatie met **emotionele instabiliteit** of neuroticisme (één van de vijf basispersoonlijkheidskenmerken), is minder duidelijk en de resultaten van verschillende studies spreken elkaar tegen. Een hoge score voor neuroticisme zou meer risico geven voor roken. Er zijn geen directe studies om verschillen te verklaren tussen jongens en meisjes. Er is wel de studie van *Lloyd and Lucas* (1998) waarin neuroticisme een verklarende rol speelt in de relatie tussen roken en gewichtscontrole bij jonge meisjes. Door een controle van het neuroticisme vermindert de associatie tussen roken en lichaamsperceptie tot een negeerbaar klein niveau. Ander **risicogedrag** zoals overmatig alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten is gerelateerd aan roken. Geslachtsverschillen hieromtrent zijn onduidelijk. **Religie** heeft meer invloed bij meisjes dan jongens op het al dan niet roken. Zij die tot een religie verbonden zijn, roken minder. Als ze niet tot een religie verbonden zijn, is er bij meisjes meer risico te starten met roken dan bij jongens, maar één studie vindt geen effect van religiositeit noch voor jongens, noch voor meisjes. Dus geslachtsverschillen hieromtrent zijn onduidelijk. **Depressie en angst** zijn in een tijdelijke status relatief stabiele persoonlijkheidskenmerken. Er is veel onduidelijkheid of emotionele spanningen aanleiding geven tot roken en verschillend zijn voor jongens of meisjes. Er is een link tussen roken en **fatalisme en externe locus of control**, maar hier is geen geslachtsverschil. Voor **intelligentie zijn er m.b.t.** roken geen geslachtsverschillen

Meisjes en jongens hebben een verschillende manier van omgaan met stress (**coping stijl**), nochtans zijn er geen geslachtsverschillen m.b.t. de rol van roken als hulpmiddel bij het **omgaan met stress** of stresserende levensgebeurtenissen. Tieners wiens **ideaalbeeld aansluit** bij dat van de prototypische roker zijn eveneens meer geneigd om te roken. Dit is niet verschillend voor jongens of meisjes.

1.4.2.2. Gedragrepertoire en kennis van een individu

Capaciteiten kunnen verkregen worden via ervaring of leerprocessen. Ze zijn meer veranderlijk. Er zijn geen factoren die verschillen voor jongens of meisjes.

Voor de onderstaande capaciteiten en ervaringen zijn de geslachtsverschillen onduidelijk. Jongeren die te weinig **capaciteiten hebben om sigaretten te weigeren**, hebben meer risico te roken. Volwassenen en adolescenten gebruiken sigaretten om hun gemoedstoestand te veranderen, om zo stressreductie en relaxatie te bekomen, vaak uit **gebrek aan andere mogelijkheden om om te gaan met negatieve emoties en stress (Coping skills) Sommige ervaringen hebben een invloed**. Zo hebben jongeren die geëxperimenteerd hebben met sigaretten gedurende de adolescentie meer risico om regelmatige rokers te worden. Betreffende **“Schools functioneren”** geldt dat jongeren die roken meestal minder schoolgebonden zijn. Meisjes en jongens die **meer fysiek actief** zijn, roken minder. De correlatie roken-sport is onduidelijk in de literatuur en ook of dit verschillend is voor jongens en meisjes.

1.4.2.3. Sociaal cognitieve factoren

Zoals beschreven in de bovenstaande gedragsmodellen is gezondheidsgerelateerd gedrag, zoals roken, voor een groot deel bepaald **door voordeel- en risicoperceptie van roken, de zgn. attitudes, de gepercipieerde normen en de eigen-effectiviteit verwachting**.

Attitudes verwijzen naar het oordeel of het gedrag iets “goeds” is om te doen of niet. Dit oordeel is gebaseerd op een evaluatie of en in hoeverre dat de waarschijnlijke resultaten van het gedrag belonend zijn. Ook al zijn attitudes van nature uit individueel, sommige attitudes kunnen gemeenschappelijk zijn voor een groep van mensen. Zodoende is het de moeite waard om na te gaan welke perceptie t.a.v. de uitkomsten van roken typisch zijn voor meisjes en welke typisch zijn voor jongens.

Gepercipieerde normen zijn de verwachtingen of opinies die iemand aanneemt over een bepaald gedrag van anderen. In tegenstelling tot expliciete normen, die gevormd worden door sociale druk, zijn gepercipieerde normen vaak impliciet en gevormd door observaties van andermans gedrag. Deze voorbeeldfunctie heeft ook impact op het gedrag. **De eigen-**

effectiviteit verwachting, ten slotte, verwijst naar de verwachting van een persoon naar zijn of haar capaciteiten om een bepaald gedrag uit te voeren, nl. de subjectieve controle.

Een *Nederlandse studie van De Vries (1989)* (13) geeft een beeld van de verschillen in **opvattingen** tussen rokende en niet-rokende jongeren. Niet-rokende jongeren associëren roken sterker met allerlei gezondheid-, persoonlijke en sociale waarden en zijn niet overtuigd van de positieve effecten die door rokers worden vernoemd. Rokers onderkennen eveneens de nadelen maar onderschatten deze, waarbij de nadelen meer verbonden worden met voordelen van roken. Rokende adolescenten zouden ook meer druk van leeftijdsgenoten ervaren dan niet-rokers. *In de studie van De Vries (13)* is de invloed van de **(ervaren) druk van leeftijdsgenoten** echter minder groot dan dat men zou verwachten. Volgens de auteur kan die te wijten zijn aan het feit dat druk zowel direct als indirect kan worden uitgeoefend en dat jongeren deze invloeden niet steeds herkennen of benoemen als druk. Een andere verklaring is dat jongeren die op zoek zijn naar onafhankelijkheid minder geneigd zijn om toe te geven dat ze beïnvloed worden door anderen.

→ **Voordeel - en risicoperceptie van roken (attitudes)**

Er zijn wel geslachtsverschillen voor de volgende attitudes t.a.v. roken, zoals in volgende paragraaf meer uitgebreid beschreven wordt .

Meisjes geloven meer dan jongens **dat roken een effect heeft op de gezondheid. De perceptie dat roken effect heeft op het lichaamsgewicht** heeft volgende invloed. Meisjes geloven dat roken helpt om hun gewicht te verminderen of onder controle te houden omdat roken de eetlust zou verminderen. Er is ook een verband tussen bezorgdheid met betrekking tot lichaamsgewicht, diëten en roken bij adolescente meisjes. Verschillen tussen jongens en meisjes in "tevredenheid met lichaamsbeeld", heeft een verschillende invloed op roken. Betreffende de **voordeelperceptie van roken bij sociale contacten** hebben studies aangetoond dat adolescenten vaak roken zien als een middel om in een gewenste vriendenkring opgenomen te worden. Dit is vooral zo voor jongens en wijst op sociale onzekerheid. Meisjes die roken, daarentegen zijn eerder sociaal competent en vol zelfvertrouwen.

Geslachtsverschillen zijn onduidelijk voor de volgende percepties. Over het **geloof dat roken negatieve gemoedstoestanden kan controleren** en positieve gemoedstoestanden produceren is geen duidelijkheid gevonden in de literatuur. De vraag stelt zich of het eerder iets is voor meisjes. Voor jongeren toont het "**imago van rokers**" maturiteit, onafhankelijkheid en zelfvertrouwen. In de literatuur zijn zeer besluiteloze bevindingen vermeld. Eerst en vooral is er al de vraag of het wel een positief imago is. Bovendien

hebben jongens en meisjes een verschillende kijk op rokers en niet-rokers en ze hebben een verschillende visie op meisjes die roken en jongens die roken. Er is een zekere aanwijzing dat “het imago van de roker” een grotere impact heeft voor meisjes dan jongens, maar het tegenovergestelde is ook al vermeld in de literatuur.

→ **Gepercipieerde normen**

Voor geen enkele gepercipieerde norm zijn er literatuurgegevens over geslachtsverschillen. Voor enkele gepercipieerde normen met risico op roken zijn geslachtsverschillen onduidelijk, zoals de gepercipieerde peer attitudes, de gepercipieerde groepsnormen en de motivatie om “erbij willen horen” en te “voldoen aan de verwachtingen”.

→ **Subjectieve eigen effectiviteit verwachting**

Geslachtsverschillen zijn onduidelijk m.b.t. de subjectieve controle, hierover bestaat indirecte evidentie. Een lage effectiviteit verwachting, zou een rol spelen bij rookstart van meisjes. Jongeren die een gevoel van controle hebben over hun gezondheid en hun leven lopen minder kans om te beginnen met roken. Het is ook onduidelijk of er geslachtsverschillen zijn in de twijfel te beschikken over hun capaciteit om sigaretten te weigeren.

1.4.2.4. Biologische factoren

Er zijn geen literatuurgegevens gevonden m.b.t. duidelijke geslachtsverschillen bij biologische factoren als determinanten van rookgedrag. Wel is er een zekere onduidelijkheid of het nicotine metabolisme zou verschillen tussen jongens en meisjes. Meer research hieromtrent is genoodzaakt.

1.5. Literatuur: verband tussen roken en gewichtspceptie bij meisjes

Volgens het ASE model wordt een gedrag bepaald door de intentie om dit gedrag te stellen. Deze intentie wordt beïnvloed door de attitude, de sociale invloed en de eigen effectiviteit. Als het gestelde gedrag roken is, dan wordt rookgedrag o.a. bepaald door de attitudes ten aanzien van dit roken, m.a.w de perceptie of roken voordelig of nadelig is. Determinanten die deze attitude vormen kunnen verschillen voor jongens en meisjes. Uit bovenstaande literatuur blijken de perceptie van het effect van roken op de gezondheid, de perceptie dat roken effect heeft op het lichaamsgewicht en de voordeelperceptie van roken bij sociale contacten te verschillen naargelang het geslacht. De perceptie dat roken effect heeft op gewicht wordt in deze paragraaf verder uitgediept.

Uit de literatuurstudie van het recent onderzoek van het VIG i.v.m. geslachtsverschillen m.b.t. roken bij jongeren (17), bleek dat er een verband is tussen bezorgdheid met

betrekking tot lichaamsgewicht, diëten en roken bij adolescente meisjes. Meisjes gebruiken roken gemakkelijker om hun lichaamsgewicht te controleren, ze geloven dat roken helpt om hun gewicht te verminderen of onder controle te houden, omdat roken de eetlust zou verminderen. Bezorgdheid m.b.t. gewicht en dieet gedrag was positief gerelateerd aan rookstart en huidig roken bij meisjes, niet bij jongens. Aan de basis hiervan ligt de angst om bij te komen in gewicht, de wens om mager te zijn en vermageringsdrang. Verschillen tussen jongens en meisjes in “tevredenheid met lichaamsbeeld”, heeft een verschillende invloed op roken. Zowel jongens als meisjes die roken zijn minder tevreden met hun gewicht dan niet-rokers. Meisjes die roken vinden zichzelf vaker te dik dan niet-rokende meisjes, dit verschil is niet gevonden bij jongens. Tijdens de studie van *Lloyd and Lucas (1998) (28)*, zijn meisjes o.w.v hun bezorgdheid mager te zijn en een gewichtstoename te vermijden, beginnen te roken in de tijd (enkele maanden) tussen de twee bevragingen in. Dit was zo voor de meisjes en niet voor de jongens. Bij de jongens waren deze jongens, die zichzelf minder fysiek attractief vonden en graag een steviger en meer musculaire lichaamsvorm zouden hebben, meer geneigd om te starten met roken in die tussentijd. Meisjes met een negatief zelfbeeld roken gemakkelijker en dit rookgedrag is gecorreleerd aan dieetgedrag. Ook voor advertenties en sociale druk om gewicht te verliezen zijn de meisjes kwetsbaar. Meisjes reageren vaak negatief en vijandig op de suggestie dat zij roken om hun gewicht laag te houden.

Uit de literatuur bleek dus dat er een verband is tussen bezorgdheid met betrekking tot lichaamsgewicht, diëten en roken bij adolescente meisjes. Bezorgdheid m.b.t. gewicht en dieetgedrag was positief gerelateerd aan rookstart en huidig roken bij meisjes, niet bij jongens. Aan de basis hiervan ligt de angst om bij te komen in gewicht, de wens om mager te zijn en vermageringsdrang. Is er bij de vrouwelijke studenten aan de K.U.Leuven eenzelfde verband tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bedragen tot gewichtsreductie en vermageringsdrang zoals in bovenstaande literatuur vermeld?

Hoofdstuk 2. Operationalisatie

Het eigenlijke doel van dit onderzoek is om na te gaan of er ook bij de studenten van de eerste kandidatuur van de K.U.Leuven een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie bij meisjes en niet bij jongens.

Dit hoofdstuk geeft weer hoe deze studie werd opgezet, wie de onderzochte populatie was, hoe het onderzoek werd georganiseerd en welke onderzoeksmethoden en – instrumenten werden gebruikt bij het onderzoek. Verder is ook weergegeven hoe de dataverzameling (afname procedure, praktische setting en recrutering) en –invoer gebeurde.

2.1. De onderzochte populatie

De eerstejaarsstudenten van de K.U.Leuven die op preventief medisch onderzoek kwamen tussen december 2002 en mei 2003, namen deel aan het onderzoek. Dit waren 1179 studenten waarvan 504 jongens, dit is 42,2% en 675 meisjes dit is 57,3%. Het aantal meisjes en jongens in de onderzoeksgroep komt overeen met de verhouding jongens en meisjes in het eerste jaar aan de K.U.Leuven. Ze hadden een minimum leeftijd van 17 jaar en 8 maanden, een maximum leeftijd van 31 jaar en 3 maanden en de gemiddelde leeftijd was 18 jaar en 11 maanden.

Van deze studenten volgden er 708 (60.1% van het totaal) een studierichting behorende tot de **humane wetenschappen**. Hiervan waren er 267 jongens (22.6% van het totaal) en 441 meisjes (37.4% van het totaal). Uit de **exacte wetenschappen** deden 300 studenten mee (25.4% van het totaal), waarvan 203 jongens (17.2% van het totaal) en 97 meisjes (8.2% van het totaal). Uit de **biomedische wetenschappen** deden 171 studenten mee (14.5% van het totaal) waarvan 34 jongens (2.9% van het totaal) en 137 meisjes (11.6% van het totaal). Het aantal studenten per studierichting is in onderstaande tabel 2.1. weergegeven. De studenten uit de studierichtingen arts en tandarts gaan voor het preventief medische onderzoek van de 1^e kandidatuur naar de dienst IDEWE en deden niet mee aan het onderzoek.

Tabel 2.1.1.: Het aantal studenten per studierichting die meededen aan het onderzoek "Het verband tussen gewichtsp perceptie en roken", uitgevoerd tijdens het preventief medisch onderzoek aan de K.U.Leuven december 2002 – mei 2003 (N = 1179)

Studiecluster					
Humane wetenschappen (N = 708) (60.1%)		Exacte wetenschappen (N = 300) (25.4%)		Biomedische wetenschappen (N = 171) (14.5%)	
Studierichting	N	Studierichting	N	Studierichting	N
arabistiek islamiek	7 (0.6%)	bio – ingenieur	74 (6.3%)	apotheker	33 (2.8%)
criminologie	27 (2.3%)	biologie	15 (1.3%)	biomedische wetenschap	93 (7.9%)
economie en toegepaste economie	64 (5.4%),	burgerlijk ingenieur	134 (11.4%)	logopedie audiologie	16 (1.4%)
germaanse talen	33 (2.8%)	burgerlijk architect	31 (2.6%)	revalidatie –kinesithérapie	29 (2.5%)
geschiedenis nieuwe tijd	39 (3.3%)	geografie	5 (0.4%)		
geschiedenis oudheid	6 (0.5%)	geologie	5 (0.4%)		
godsdienstwetenschappen	3 (0.3%)	informatica	13 (1.1%)		
handelsingenieur	59 (5%),	natuurkunde	3 (0.3%)		
japanologie	4 (0.3%),	scheikunde	8 (0.7%)		
kunstwetenschappen – archeologie	26 (2.2%)	voorbereidend instituut	3 (0.3%)		
musicologie	3 (0.3%)	wiskunde	9 (0.8%)		
oosteuropese talen	4 (0.3%)				
oude nabije oosten	3 (0.3%)				
pedagogische wetenschappen	50 (4.2%)				
politieke en sociale wetenschappen	130 (11%)				
psychologie	120 (10.2%)				
rechten	89 (7.5%)				
romaanse talen	29 (2.5%)				
wijsbegeerte	12 (1%)				

De studenten kwamen op onderzoek naargelang hun inschrijvingsnummer aan de K.U.Leuven. Deze recruteringswijze mag beschouwd worden als toevalsgewijs. Er waren geen weigeraars. Enkele studenten ontvingen echter geen enquêteblad o.w.v. praktische redenen, omdat er geen exemplaren meer ter beschikking waren. Deze uitval is waarschijnlijk eveneens te beschouwen als toevalsgewijs. Zodoende kan de onderzoeksgroep als een representatieve steekproef beschouwd worden voor de studentenpopulatie 1^e jaar aan de K.U.Leuven.

2.2. De onderzoeksmethode

De bedoeling is het gepercipieerde voordeel van roken op gewicht te exploreren bij de studenten die op preventief medisch onderzoek komen in het preventief gezondheidscentrum van de K.U.Leuven en een idee te krijgen over hun rookstatus en de BMI. Naar analogie met gelijkaardig onderzoek (18), (19) blijkt dat het waardevol is volgende aspecten na te gaan.

Meisjes die roken met als doel gewichtsvermindering, hebben een grotere vermageringsdrang en dieetgedrag, een hogere BMI en verminderde lichaamsappreciatie. Ze hebben schrik om in gewicht bij te komen en de wens om mager te zijn. Wat betreft roken, gewicht en lichaamsvorm blijkt dat er een verband is tussen “rookstart en verminderde lichaamsappreciatie”, “experimenteel rookgedrag en dagelijks diëten”, “verminderde lichaamsappreciatie en dieetgedrag”. Bovendien is de BMI een goede predictor voor dieetgedrag, meer dan voor lichaamsappreciatie. Niet-rokers hebben meer lichaamsappreciatie en minder dieetgedrag. Bij de **jongens** is in deze studies geen verband aangetoond.

Hieruit kan worden afgeleid dat er best zicht wordt gekregen op lichaamsappreciatie, vermageringsdrang en de BMI. Met betrekking tot rookgedrag kunnen best de gepercipieerde voordelen van roken nagegaan worden. Men moet ook een idee krijgen over de intentie van rokers om te stoppen met roken en van de niet – rokers om te starten met roken. Tenslotte is ook de rookstatus, - frequentie en de - hoeveelheid van belang. Andere interessante variabelen zijn leeftijd, studierichting en “indruk arts”.

Zoals in hoofdstuk 1 § 3 beschreven, kan om rookgedrag te verklaren en te voorspellen gebruik worden gemaakt van de zogenaamde gedragsmodellen uit de gezondheidspsychologie. Bij de theorie van gepland gedrag, de theorie van beredeneerd gedrag en het ASE-model spelen attitudes een belangrijke rol in het voorspellen van de gedragsintentie en zodoende ook van het gedrag. Dus de attitude t.a.v. roken voorspelt de intentie om te roken of niet te roken. Attitudes vloeien voort uit overwegingen, maar vallen er niet mee samen. Toch voorspellen beide voorgaande evaluaties gedrag even goed. Het is op basis van ‘beliefs’ of overwegingen dat men aan gedragsverandering kan doen. De theorieën dicteren niet hoe deze attitude moet gemeten worden. Zodoende zijn er vele mogelijkheden om het attitudeconcept te bevragen. Ten eerste kan men de attitude direct bevragen via een algemene evaluatie van de attitude. Ten tweede kan de attitude bevroegd worden via een weging van voor- en nadelen, overwegingen die leiden tot de attitude. Om gedragsintenties te voorspellen wordt er vaak gebruik gemaakt van een directe, globale attitudemeting. Om te weten te komen op welke overwegingen deze attitude gestoeld is en als men deze overwegingen eventueel wil beïnvloeden, kan best gebruik gemaakt worden van een beoordeling van een set van overwegingen. Zo men niet anders kan dan een meting beknopt te houden, kan men zonder veel consequenties inzake validiteit opteren voor een op overwegingen gebaseerde meting. (20)

In het onderzoek bij de eerstejaarsstudenten die op preventief onderzoek komen, is er geopteerd om gebruik te maken van bovenstaande theorieën zowel voor lichaamsperceptie, als voor rookgedrag. Voor lichaamsappreciatie kan er gebruik gemaakt worden van een perceptievragenlijst waarin vermageringsdrang en lichaamsappreciatie kunnen bevestigd worden. Voor het rookgedrag kan er gebruik gemaakt worden van een vragenlijst waarin als onderdeel van de algemene **gepercipieerde** voordelen ('beliefs') van roken ook wordt nagegaan of er wordt gerookt om te vermageren. Verder bevat de vragenlijst enkele items om een idee te krijgen. Men moet ook een idee krijgen over de intentie van rokers om te stoppen met roken en van de niet – rokers om te starten met roken, hoeveel er gerookt wordt en of ze roker of niet – roker zijn (de rookstatus) en wat voor soort roker ze zijn (rookfrequentie). Zodoende is er gebruik gemaakt van een gerichte bevestiging aan de hand van twee soorten gesloten vragenlijsten. Eén vragenlijst om de gewichtsperceptie te bevestiggen (schaal ter inschatting gewicht/lichaamsperceptie) en één vragenlijst om de gepercipieerde voordelen van roken, rookstatus,-frequentie en - hoeveelheid te bevestiggen. Verder is er gebruik gemaakt van de gegevens die tijdens het preventief medisch onderzoek door de preventieve arts in de computer werden aangebracht zijnde geslacht, leeftijd, studierichting, BMI, en "indruk arts" (zeer mager, mager, normaal, licht obees, obees, extreem obees). De indruk van de arts is een subjectieve beoordeling van de arts over lichaamssamenstelling.

2.2.1. De onderzoeksinstrumenten

2.2.1.1. Lichaamsattitudenvragenlijst

Om de gewichtsperceptie te bevestiggen zijn er verschillende vragenlijsten beschikbaar o.a. de EDI, de BSQ, de BAQ en de LAV. Na bespreking van de diverse instrumenten is er gekozen voor de dimensies "drive for thinness" en "body dissatisfaction" uit de EDI als meest aangewezen voor dit onderzoek.

De **Lichaamsattitudevragenlijst (LAV)** is een Vlaams instrument dat bestaat uit 20 items die op een zes puntenschaal (1-6) gescoord worden. Ze werd ontwikkeld voor het nagaan van de lichaamsbeleving bij vrouwelijke patiënten met anorexia nervosa. Herhaaldelijke analyses wijzen uit dat deze vragenlijst een stabiele factorstructuur heeft van 3 subfactoren zijnde "negatieve waardering van de lichaamsomvang", "gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam" en "algemeen ongenoegen over het lichamelijk voorkomen" en een restfactor. Onderzoek wees uit dat de LAV een betrouwbaar en valide instrument is (*Probst et al, 1995; Probst et al, 1997*)(21).

De **Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper et al, 1987)(22)** is een vragenlijst die de preoccupaties met lichaamsvorm en het subjectief gevoel van “dik zijn” beoordeelt. Ze is unidimensioneel. Bij oorsprong was de vragenlijst bedoeld voor een boulemia nervosa (BN) populatie, is vertaald en beschikt over goede psychometrische eigenschappen.

De test met 34 items discrimineert in sterke mate tussen BN-patiënten en vrouwen zonder eetstoornissen. Hij is echter vooral gericht op patiënten en bevat vragen waarbij meisjes die zichzelf niet te dik vinden zich vragen zouden stellen. De BSQ lijkt dus niet echt van toepassing op de onderzoekspopulatie van dit onderzoek.

De **Body Attitudes Questionnaire (BAQ, Ben Tovim en Walker, 1991)(23)** is een vragenlijst met 44 items waarmee met een brede waaier van attitudes worden nagegaan die vrouwen hebben ten opzichte van hun eigen lichaam. Deze vragenlijst omvat zes subschalen: “Feeling fat, Disparagement, Strength, Saliency, Attractiveness en Low Body Fat”. Ze is oorspronkelijk opgemaakt voor een vrouwelijke Australische populatie. Het lijkt mij een te uitgebreide scala van verschillende items. Er is wel een Nederlandse vertaling maar psychometrische kwaliteiten ervan zijn onduidelijk.

De **EDI (Eating disorder Inventory-2) (24)** is voor eetstoornissen internationaal “de” vragenlijst hieromtrent. Hij bestaat uit acht subschalen waarvan 16 vragen rond gewichtspceptie zijnde 7 vragen rond de dimensie “drive for thinness” en 9 vragen rond de dimensie “body dissatisfaction “. Deze subschalen zijn genormeerd voor een Vlaamse en Nederlandse populatie.

Uit een **studie van de LAV en de samenhang met andere vragenlijsten (21)** blijkt aan de hand van correlaties bij zowel patiënten met eetstoornissen als studenten dat de LAV, de BSQ, de BAQ en de subschalen “drive for thinness” en “body dissatisfaction” van de EDI in grote lijnen op hetzelfde kenmerk gericht zijn, namelijk lichaamsperceptie. Deze studie was uitgevoerd op 150 patiënten met eetstoornissen en een studentengroep van 165 vrouwelijke eerstejaarsstudenten kinesitherapie en lichamelijke opvoeding van de K.U.Leuven.

De **criteria waarop de keuze** van de vragenlijst is gebaseerd waren een niet te groot aantal items, betrouwbaarheid en validiteit van de schalen. De BSQ heeft 34 items en is zodoende nogal lang. Er bestaat een kortere Engelstalige versie, doch deze lijkt niet echt van toepassing op de onderzoekspopulatie, waar er normale meisjes verwacht worden, die gedwongen zouden worden vragen te beantwoorden, waar ze zich vaak niet mee zullen identificeren. De BAQ bestaat uit 44 items en is onduidelijk naar psychometrische waarde. De inhoud van de lichaamsbeleving die in dit onderzoek in verband willen gebracht worden

met roken, worden door de subschalen van de BAQ en ook door de items van de LAV niet helemaal weergegeven.

Zodoende is er gekozen voor de 2 subschalen “drive for thinness” en “body dissatisfaction” uit de EDI. Studies bevestigen de psychometrische correctheid, betrouwbaarheid en validiteit op verscheidene onderzoeksgroepen. Bovendien lijken “drive for thinness” en “body dissatisfaction” het meest overeen te komen met de inhoud van de onderzoeksvraag.

Omdat de vragenlijst te uitgebreid zou worden met alle 8 de schalen van de EDI-vragenlijst, is er gekozen om enkel de subschalen “drive for thinness” en “body dissatisfaction” eruit te distilleren tot een nieuwe versie. Omwille van een administratiefout werden twee items van de “body dissatisfaction” subschaal eruit gelaten namelijk “ik denk dat mijn billen te dik zijn” en “ik denk dat mijn heupen juist de goede vorm hebben”. Voor het scoren van lichaamsperceptie werd zodoende een vragenlijst bekomen van 14 items, waarvan de 7 van de subschaal “drive for thinness” en 7 van de 9 uit de subschaal “body dissatisfaction”.

De gebruikte vragenlijst bestaat uit 14 items die worden gescoord op een 6 – puntenschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: altijd, meestal, dikwijls, soms, zelden, nooit.
(Zie bijlage voor de vragenlijst)

De volgende twee paragrafen betreffen de bevraging van het rookgedrag aan de hand van gepercipieerde voordelen van roken, de rookstatus, - frequentie en – hoeveelheid .

2.2.1.2. Gerpercipieerde voordelen van roken

Het 2^e deel van de vragenlijst is bedoeld om één van de voornaamste determinanten van rookgedrag na te gaan, namelijk de gepercipieerde voordelen van roken en ook het gepercipieerde voordeel van roken om te vermageren.

Hieromtrent is er geen gevalideerde psychometrisch correcte vragenlijst ter beschikking voor deze onderzoeksgroep. Zodoende moest er een nieuwe vragenlijst opgemaakt worden. De items van de vragenlijst betreffen overwegingen (gepercipieerde voordelen) t.a.v. roken. Deze overwegingen worden geëvalueerd en gewogen door de bevroagde student. Bij het evalueren van het gepercipieerde voordeel gaan de bevroagde studenten na of het voor hen een voordeel of een nadeel is en wat het belang is van de gedragsuitkomst. Het is aan te raden deze overwegingen achterwege te laten als het om evidente voor- of nadelen gaat. (d.w.z. voor iedereen is het een voor- of nadeel). Overwegingen worden gewogen naar waarschijnlijkheid van voorkomen. Waarschijnlijke uitkomsten hebben theoretisch een grotere impact op attitude dan onwaarschijnlijke. Enkel de meest treffende overwegingen

attribution tot gedrag. Voor elk individu zijn deze overwegingen verschillend (b.v. voor studenten spelen andere determinanten een rol om te roken dan bij een 11 jarige of een 70 jarige). Dit bemoeilijkt het onderzoek. Enerzijds zou op populatieniveau wel eens substantiële overwegingen door de vingers kunnen glippen. Anderzijds zijn de overwegingen wel face-valiede, maar daarom nog niet construct valiede. Dit kan mogelijks opgelost worden door via pilootstudies de modale overwegingen in de populatie te achterhalen op meta-niveau. De meeste mensen zouden een grote overeenkomst vertonen wat betreft de invulling van de meest treffende overwegingen rond hetzelfde gedrag. Mensen streven immers naar consistentie tussen overwegingen, attitudes en intenties (20).

Een aantal vragen m.b.t. het gepercipieerde voordeel zijn aan Mudde ontleend (25). In deze vragenlijst waren echter geen vragen omtrent gepercipieerd voordeel van roken t.a.v. gewicht, de specifieke leefwereld van studenten en omtrent rookstart en -stop intentie. Er zijn dan nog een 10 - tal vragen toegevoegd, geselecteerd uit bestaande vragenlijsten, *en enkele* eigen vragen opgesteld aan de hand van bovenstaande literatuurgegevens m.b.t. de lichaamsperceptie en de studentenleefwereld.

Op basis daarvan werd een voorlopige vragenlijst samengesteld, bestaande uit 21 items. Deze werd eerst voorgelegd aan een steekproef van 76 studenten. Op basis van hun opmerkingen werden een aantal items weggelaten en de lay-out aangepast. Hierbij zijn de vragen weggelaten waar studenten het moeilijk mee hadden (als er heel vaak "ik weet het niet" op geantwoord werd), waar steeds hetzelfde antwoordalternatief werd ingevuld en deze vragen die blijkbaar meer als 1 keer aan bod kwamen. Verder gebeurden er nog enkele detailaanpassingen en een aanpassing van het voorblad.

De uiteindelijk resulterend vragenlijst omvatte 15 items met antwoordmogelijkheden: helemaal akkoord, eerder wel akkoord, soms wel, soms niet akkoord, eerder niet akkoord, helemaal niet akkoord en ik weet het echt niet.

Na de factoranalyse bleek de vragenlijst voldoende psychometrisch correct en betrouwbaar te zijn. Deze analyse staat ook beschreven in Hoofdstuk 3: analyses
(Zie bijlage voor de vragenlijst)

2.2.1.3. rookstatus, - frequentie, - hoeveelheid en - intentie

Verder is er nagegaan of de geïnterviewde in kwestie een roker of rookster is en hoe vaak en hoeveel ze roken en is er nog de vraag om te weten te komen of de rokers van plan zijn om te stoppen met roken en de niet-rokers van plan zijn om te starten met roken. (Start/stop intentie).

Vraag 16 betreft de rookstatus: hierbij zijn 9 antwoordopties mogelijk:

1. Ik rook tenminste één keer per dag
2. Ik rook niet dagelijks, maar tenminste één keer per week
3. Ik rook niet wekelijks, maar tenminste één keer per maand
4. Ik rook minder dan één keer per maand
5. Ik probeer roken af en toe uit
6. Ik ben gestopt nadat ik een tijd minstens één keer per week heb gerookt
7. Ik ben gestopt, ik rookte altijd minder dan één keer per week
8. Ik heb roken wel eens uitprobeerd, maar ik rook nu niet meer
9. Ik heb nooit gerookt, zelfs niet één trekje

Figuur 2.1. : De vragen over rookstatus

In vraag 17 kunnen de studenten aanduiden hoeveel sigaretten ze roken gemiddeld per week, het weekend meegerekend. Ze hebben 19 antwoordmogelijkheden: 0, tussen 0 en 1, 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11-20,21-30,31-40,41-50,51-60,61-70 of meer dan 70.

Vraag 18 bevraagt de rookstart intentie, of niet rokers van plan zijn te starten met roken.

Vraag 19 bevraagt de rookstop intentie, of rokers van plan zijn te stoppen met roken.

Zowel vraag 18 als vraag 19 hebben een bipolaire antwoordmogelijkheid: "helemaal akkoord of helemaal niet akkoord".

Bij de rookperceptievragenlijst valt op te merken i.v.m. de antwoordopties: 'helemaal akkoord', 'eerder wel akkoord', 'soms wel, soms niet akkoord', 'eerder niet akkoord', 'helemaal niet akkoord' en 'ik weet het echt niet' dat dit geen ordinale score is. Dit bemoeilijkt de scoring en de analyse. Daarom zijn bij de verwerking (cf. infra) de "ik weet het echt niet" responders weggelaten en zijn enkel deze responders overgebleven die de andere opties hebben gebruikt. Hierbij kan men zich afvragen of dit een subjectieve fout geeft op de resultaten. Namelijk dat de "ik weet het niet" antwoorders van grote waarde zouden zijn en een heel andere mening er op na zouden houden die de resultaten alsdusdanig enorm zouden veranderen, zo deze antwoordoptie er niet zou bestaan hebben. In elk geval zijn er

hierdoor heel veel “missed options” en blijft er nog maar een ongeveer één derde van de steekproef over. *(Zie bijlage voor de vragenlijst)*

2.2.2. Dataverzameling

2.2.2.1. Afname procedure, praktische setting en recrutering

Vooraleer van start te gaan met de enquête, zijn per Email de preventieve artsen, de secretaresse en de jobstudent, op de hoogte gebracht dat er een studentenbevraging zou beginnen, wat de bedoeling ervan was en wat er van hen verwacht werd. De studenten kwamen bij het onderzoek eerst bij de secretaresse of de jobstudent. Zij gaven de studenten elk een pen en een formulier, na er het onderzoeksnummer en geslacht op te hebben geschreven. Het onderzoeksnummer is van belang omdat dit een naamloze referentie geeft naar het onderzoeksdossier op de computer, waar studierichting, leeftijd, BMI en de indruk van de arts zijn ingevuld. Zij vroegen ook aan de studenten om tijdens het wachten op de arts deze vragenlijst in te vullen. De studenten moesten altijd een kwartiertje wachten in de wachtruimte vooraleer zij bij een arts terecht konden. In die tussentijd konden zij de vragenlijsten dus invullen. Ze gaven het formulier aan de secretaresse of de jobstudent terug of aan de arts waarbij ze terecht kwamen. De artsen bezorgden de formulieren aan de secretaresse of de jobstudent, die ervoor zorgden dat alle exemplaren verzameld werden. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen de studenten. Elke student, zowel jongen als meisje kreeg een enquête en vulde deze ook in.

Elk formulier werd voorafgegaan door een voorblad. Dit voorblad diende ter inleiding van de vragenlijst, waarin medewerking werd verzocht aan de studenten bij een onderzoek rond gezondheid en gezondheid gerelateerd gedrag met als doel de hulpverlening voor studenten aan de K.U.Leuven op termijn te verbeteren. Verder is vermeld dat de vragenlijst peilt naar hun opvattingen, gevoelens en gedragingen rond voeding en roken, dat hun oprechte mening ons interesseert en dat er geen fout of correct antwoord is. Op het voorblad is benadrukt dat de vragenlijst strikt vertrouwelijk en anoniem zal behandeld worden, in de hoop een zo waarheidsgetrouw en eerlijk antwoord te krijgen. Verder worden de studenten bij voorbaat bedankt voor hun medewerking.

(Zie bijlage voor voorblad)

Bij de ondervraging valt op te merken dat de jongens de opmerking bleven maken dat de vragenlijst m.b.t. lichaamsperceptie voor de meisjes van toepassing is, ze herkenden zichzelf niet in de items. Dit kan wel omdat de vragenlijst oorspronkelijk is opgemaakt voor patiënten met eetstoornissen. Dit zijn vooral vrouwen. Ook de vergelijking op de studentenpopulatie aan de K.U.Leuven m.b.t. enkele vragenlijsten die lichaamsperceptie bevragen, was enkel

gedaan op meisjes (21). Waarschijnlijk heeft het iets te maken met een verschillende benadering van lichaamsperceptie naargelang het geslacht.

2.2.2.2. Data-invoer

De verkregen enquêtes werden op volgorde van onderzoeksnummer gerangschikt en in de computer in gevoerd in een unifactorieel Excell-bestand waarvan in de kolommen de variabelen genoteerd werden met hun antwoordoptie in de vorm van een code. (Zie bijlage voor de legende) In de rijen werden de responders genoteerd waarover het ging in de volgorde van het onderzoeksnummer op de vragenlijsten.

Nummer	Geslacht	Leeftijd	Studierichting	BMI	Indruk arts	A1	A2	...	A14	B1	B2	...	B19
1250	0	18,3	12	21									

Figuur 2.2. : Opzet voorbeeld van het unifactorieel excell-bestand waarin de gegevens werden ingevoerd

In kolom 1 werden alle studenten per onderzoeksnummer op de vragenlijst onder elkaar genummerd, erna volgde geslacht. Uit het computerdossier werden de gegevens m.b.t. leeftijd, studierichting, BMI en indruk arts verkregen. Hierna volgden de antwoorden op de vragen 1 t.e.m. 14 van de lichaamsperceptievragenlijst, aangeduid als A1,A2,...A14 en gevolgd door de antwoorden op de rookvragenlijst, aangeduid als B1,B2,...B19.

Geslacht moest omgezet worden naar een cijfer, de mannen werden 0 genoemd en de vrouwen werden 1 genoemd. Leeftijd moest omgezet worden naar een decimaal getal. De studierichtingen kregen een cijfer toegekend en ook de gradaties van de indruk van de arts en de verschillende antwoordopties op de vragen werden met een cijfer benoemd. De BMI werd ingevuld in een decimaal getal. Voor missed options werd het cijfer 99 gebruikt. Missed options waren alle niet ingevulde vragen of vragen die twee keer werden ingevuld.

Dit Excell-bestand werd dan gebruikt voor factoranalyse van de vragenlijst en voor verdere analyse van de gegevens. Hierbij werd gebruik gemaakt van het programma SPSS.

Hoofdstuk 3. Gegevens van analyse en resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de statistische analyses en zijn de relevante resultaten beschreven.

3.1. Beschrijvende gegevens

3.1.1. Beschrijving van de onderzoeksgroep

In het hoofdstuk 2 operationalisatie, § 2.1. de onderzochte populatie, is uitvoerig het aantal studenten, de leeftijd, het geslacht en de studierichting beschreven.

In deze paragraaf zijn nog enkele van deze gegevens beknopt weergegeven in tabellen.

Verder zijn er nog enkele kruistabellen beschreven tussen de verschillende variabelen.

De totale onderzoeksgroep bevat 1179 studenten, waarvan 504 (42.2%) mannen en 675 (57.3%) vrouwen.

Tabel 3.1.1. : beschrijvende statistieken voor leeftijd en BMI van de studenten

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Leeftijd	1179	17.75 (17j9m)	31.30 (31j3m)	18.9428 (18j11m)	0.9062
BMI	1173	12.8	38.4	21.603	2.844

Uit bovenstaande tabel (tabel 3.1.1.) blijkt dat de minimum leeftijd 17 jaar en 9 maanden was en de maximum leeftijd 31 jaar en 3 maanden. De gemiddelde leeftijd was 18 jaar en 11 maanden, bij een standaard deviatie van 0.9062. De gemiddelde BMI was 21.6, de minimum 12.8 en de maximum 38.4 bij een standaard deviatie van 2.844.

Het aantal studenten uit de exacte wetenschappen bedraagt 300 (25.4%) waarvan 203 (12.7%) mannen en 97 (8.2%) vrouwen. Er zijn 708 (60.1%) studenten geweest van de humane wetenschappen, waarvan 267 (22.6%) mannen en 441 (37.4%) vrouwen. Van de biomedische wetenschappen is het totaal aantal studenten 171 (14.5%), waarvan 34 (2.9%) mannen en 137 (11.6%) vrouwen. (zie tabel 3.1.2.)

Tabel 3.1.2.: kruistabel: aantal studenten per geslacht naargelang studiecluster

	Studiecluster											
	exact			humaan			biomedische			Totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Aantal	202	97	300	267	441	708	34	137	171	504	675	1179
studenten	(17.2%)	(8.2%)	(25.4%)	(22.6%)	(37.4%)	(60.1%)	(2.9%)	(11.6%)	(15.5%)	(42,7%)	(57.3%)	(100%)

Verder blijken er 175 van de 499 jongens te roken (35%) en 190 van de 674 meisjes (28%) voor N=1173.

3.1.2. Beschrijvende gegevens m.b.t. gewicht

Van 1173 studenten zijn er BMI gegevens ter beschikking. Hieruit blijkt dat de minimum BMI 12.8 was, de maximum BMI 38.4 en de gemiddelde BMI 21.603 bij een SD van 2.844. Voor de jongens (N= 503) was de gemiddelde BMI 21.698 voor een standaard deviatie van 2.716. en voor de meisjes (N = 670) was de gemiddelde BMI 21.531 voor een standaard deviatie van 2.937. De laatste gegevens zijn weergegeven in onderstaande tabel. (tabel 3.1.2.)

Tabel 3.1.3.: beschrijvende statistieken voor BMI en geslacht van de studenten

	Geslacht					
	Man			Vrouw		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD
BMI	503	21.698	2.716	670	21.531	2.937

De t - toets volgens is niet significant want de t = 1.006 en de p – waarde is 0.315. M.a.w. er is geen correlatie tussen BMI en geslacht.

Tabel 3.1.4.: beschrijvende statistieken van de gemiddelde BMI per geslacht en per studiecluster (N = 1173)

	Geslacht								
	Man			Vrouw			Totaal		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
Exacte	202	21.476	2.590	96	20.793	2.068	298	21.256	2.452
Humane	267	21.794	2.796	438	21.687	3.072	705	21.727	2.969
Biomedische	34	22.271	2.754	136	21.552	2.952	170	21.696	2.920
Totaal	503	21.698	2.716	670	21.531	2.937	1173	21.603	2.844

Na Anova blijkt er een significantie te zijn voor BMI tussen de groepen studieclusters waarbij F (met df = 2) 2.995 en p = .05 is. M.a.w. de BMI is significant verschillend naargelang de studiecluster waartoe de student behoort. De BMI is gemiddeld het hoogste bij de studenten uit de humane wetenschappen ($\bar{y} = 21,727$), het laagste bij de studenten uit de exacte wetenschappen ($\bar{y} = 21.256$). De studenten van de biomedische wetenschappen hebben een gemiddelde BMI ($\bar{y} = 21.696$) tussen de twee andere studieclusters in. Deze gegevens moet paarsgewijs nagegaan worden. Dit is in een latere paragraaf besproken. De interactie geslacht x studiecluster is niet significant (F = 2.995, p = 0.050)

In tabel 3.1.6. is het aantal studenten weergegeven per BMI-categorie (zie tabel 3.1.5. voor de WHO criteria) naargelang studiecluster en geslacht. Deze tabel helpt om de kruistabel (t – toets) te interpreteren m.b.t. BMI x studiecluster x geslacht. Hieruit blijkt het merendeel van de studenten een normale BMI te hebben.

Tabel 3.1.5.: Indeling volgens WHO criteria zowel voor jongens als voor meisjes

BMI	Categorie
<18,5	Ondergewicht
18,5-24,9	Normaal gewicht
25-29,9	Graad I overgewicht: overgewicht
30-39,9	Graad II overgewicht: obesitas
>40	Graad III overgewicht: morbiede obesitas

Tabel 3.1.6.: Kruistabel: Aantal studenten per BMI-categorie naargelang studiecluster en per geslacht (N = 1173)

BMI-categorie	studiecluster											
	Exact			humaan			biomedische			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Ondergewicht	21 (7%)	12 (4%)	33 (11.1%)	15 (2.1)%	40 (5.7%)	55 (7.8%)	2 (1.2%)	14 (8.2%)	16 (9.4%)	38 (3.2%)	66 (5.6%)	104 (8.9%)
Normaal gewicht	162 (54.4%)	81 (27.2%)	243 (81.5%)	219 (31.1%)	336 (47.7%)	555 (78.7%)	30 (17.6%)	106 (62.4%)	136 (80%)	411 (35%)	523 (44.6%)	934 (79.6%)
Overgewicht	17 (5.7%)	3 (1%)	20 (6.7%)	30 (4.3%)	52 (7.4%)	82 (11.6%)	1 (0.6%)	15 (8.8%)	16 (9.4%)	48 (4.1%)	70 (6%)	118 (10.1%)
Obesitas	2 (0.7%)	0	2 (0.2%)	3 (0.4%)	10 (1.8%)	13 (1.1%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	2 (0.2%)	6 (0.5%)	11 (0.9%)	17 (57.1%)
Totaal	202 (67.8%)	96 (32.2%)	298 (100%)	267 (37.9%)	438 (62.1%)	705 (100%)	34 (20%)	136 (80%)	170 (100%)	503 (42.9%)	670 (57.1%)	1173 (100%)

Onderstaand in tabel 3.1.7. is weergegeven hoeveel studenten er naargelang de indruk van de arts er extreem mager, mager, normaal, licht obees of erg obees uitzagen, ingedeeld naargelang studierichting en geslacht. Hierin wordt nagegaan of deze gegevens bovenstaande gegevens voor BMI per studierichting bevestigen. Ook volgens de indruk van de arts heeft het merendeel van de studenten een normale lichaamsbouw.

Tabel 3.1.7.: Kruistabel: Aantal studenten ingedeeld naar indruk arts, per studiecluster en per geslacht (N = 1167)

Indruk arts	studiecluster											
	Exact			Humaan			Biomedische			Totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Extreem mager	2 (0.7%)	1 (0.3%)	3 (1.0 %)	3 (0.4%)	1 (0.1%)	4 (0.6%)	0	5 (3%)	5 (3%)	5 (0.4%)	7 (0.6%)	12 (1%)
Mager	31 (10.4%)	13 (4.4%)	44 (14.8%)	39 (5.6%)	68 (9.7%)	107 (15.3%)	5 (3%)	14 (8.3%)	19 (11.2%)	75 (6.4%)	95 (8.1%)	170 (14.6%)
Normaal	154 (51.9%)	74 (24.9%)	228 (76.8%)	197 (28.1%)	315 (44.9%)	512 (73%)	28 (16.6%)	104 (61.5%)	132 (78.1%)	379 (32.5%)	493 (42.2%)	872 (74.7%)
Licht obees	8 (2.7%)	7 (2.4%)	15 (5.1%)	18 (2.6%)	33 (4.7%)	51 (7.3%)	0	9 (5.3%)	9 (0.8%)	26 (2.2%)	49 (4.2%)	75 (6.4%)
obees	7 (2.4%)	0	7 (2.4%)	4 (0.6%)	16 (2.3%)	20 (2.9%)	0	2 (1.2%)	2 (1.2%)	11 (0.9%)	18 (1.5%)	29 (2.5%)
Erg obees	0	0	0	3 (0.4%)	4 (0.6%)	7 (1%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	2 (1.2%)	4 (0.3%)	5 (0.4%)	9 (0.8%)
totaal	202 (68%)	95 (32%)	297 (100%)	264 (37.7%)	437 (62.3%)	701 (100%)	34 (20.1%)	135 (79.9%)	169 (100%)	500 (42.8%)	667 (57.2%)	1167 (100%)

In onderstaande tabel (tabel 3.1.8.) is weergegeven hoeveel studenten er volgens de subjectieve indruk van de artsen extreem mager, mager, normaal, licht obees, obees of erg obees waren en of ze volgens de objectieve gegevens van hun BMI-waarde tot de categorie behoorden van ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht, obesitas of morbiede obesitas. Dit blijkt niet helemaal overeen te komen. Dit kan verklaard worden doordat "indruk arts" een subjectieve waarde is en omdat de categorieën niet helemaal overeen komen. Er was geen enkele student met morbiede obesitas.

Tabel 3.1.8.: Kruistabel aantal studenten ingedeeld naargelang indruk arts, per BMI-criterium (N = 1167)

BMI	Indruk arts						
	Extreem mager	Mager	Normaal	Licht obees	Obees	Erg obees	Totaal
							103 (8.8%)
Ondergewicht	12 (1.0%)	62 (5.3%)	29 (2.5%)				
Normaal gewicht		108 (9.3%)	805 (69%)	16 (1.4%)			929 (79.6%)
Overgewicht			37 (3.2%)	59 (5.1%)	22 (1.9%)		118 (10.1%)
Obesitas			1 (0.1%)		7 (0.6%)	9 (0.8%)	17 (1.5%)
Totaal	12 (1%)	170 (14.6%)	872 (74.7%)	75 (6.4%)	29 (2.5%)	9 (0.8%)	1167 (100%)

In onderstaande tabel (tabel 3.1.9.) is weergegeven tot welke BMI-categorie de studenten behoren naargelang hun geslacht en leeftijd, ingedeeld in minder dan 18 jaar, 18 jaar, 19 jaar, 20 tot 30 jaar en meer dan 30 jaar. De hoogste percentages zijn te vinden bij de studenten van 18 jaar en 19 jaar met een normale BMI.

Tabel 3.1.9.: *Kruistabel: aantal studenten ingedeeld per BMI-categorie naargelang leeftijd en geslacht (Man N=503, Vrouw N =670, totaal N = 1173)*

	Leeftijdscategorie								
	< 18j			18j			19j		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Ondergewicht	0	0	0	30 (6%)	48 (702%)	78 (6.6%)	8 (1.6%)	16 (2.4%)	24 (2%)
Normaal gewicht	1 (0.2%)	5 (0.7%)	6 (0.5%)	265 (52.7%)	338 (50.4%)	603 (51.4%)	122 (24.3%)	152 (22.7%)	274 (23.4%)
Overgewicht	0	0	0	28 (5.6%)	42 (6.3%)	70 (6%)	13 (2.6%)	18 (2.7%)	31 (2.6%)
Obesitas	0	0	0	3 (0.6%)	6 (0.9%)	9 (0.8%)	2 (0.4%)	3 (0.4%)	5 (0.4%)
Totaal	1 (0.2%)	5 (0.7%)	6 (0.5%)	326 (64.8%)	434 (64.8%)	760 (64.8%)	145 (28.8%)	189 (28.2%)	334 (28.5%)

	Leeftijdscategorie						totaal		
	20-30j			>30j			man	vrouw	totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal			
Ondergewicht	0	2 (0.3%)	2 (0.2%)	0	0	0	38 (7.6%)	66 (9.9%)	104 (8.9%)
Normaal gewicht	22 (4.4%)	28 (4.2%)	50 (4.3%)	1 (0.2%)	0	1 (0.1%)	411 (81.7%)	523 (78.1%)	934 (79.6%)
Overgewicht	7 (1.4%)	10 (1.5%)	17 (1.4%)	0	0	0	48 (9.5%)	70 (10.4%)	118 (10.1%)
Obesitas	1 (0.2%)	2 (0.3%)	3 (0.3%)	0	0	0	6 (1.2%)	11 (1.6%)	17 (1.4%)
Totaal	30 (6%)	42 (6.3%)	72 (6.1%)	1 (0.2%)	0	1 (0.1%)	503 (100%)	670 (100%)	1173 (100%)

Tabel 3.1.10.: Kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang indruk arts, per leeftijd en geslacht (Man N = 500, Vrouw N = 667, totaal N = 1167)

Indruk arts	Leeftijdscategorie								
	< 18j			18j			19j		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Extreem mager	0	0	0	4 (0.8%)	5 (0.7%)	9 (0.8%)	1 (0.2%)	2 (0.3%)	3 (0.3%)
Mager	0	1 (0.1%)	1 (0.1%)	53 (10.6%)	62 (9.3%)	115 (9.9%)	22 (4.4%)	27 (4%)	49 (4.2%)
Normaal	1 (0.2%)	3 (0.4%)	4 (0.3%)	241 (48.2%)	318 (47.7%)	559 (47.9%)	111 (22.2%)	144 (21.6%)	255 (21.9%)
Licht obees	0	1 (0.1%)	1 (0.1%)	18 (3.6%)	33 (4.9%)	51 (4.4%)	5 (1%)	9 (1.3%)	14 (1.2%)
Obees	0	0	0	4 (0.8%)	11 (1.6%)	15 (1.3%)	6 (1.2%)	5 (0.7%)	11 (0.9%)
Erg obees	0	0	0	3 (0.6%)	2 (0.3)	5 (0.4%)	0	2 (0.3%)	2 (0.2%)
Totaal	1 (0.2%)	5 (0.7%)	6 (0.5%)	323 (64.6%)	431 (64.6%)	754 (64.6%)	145 (29%)	189 (28.3%)	334 (28.6%)

Indruk arts	Leeftijdscategorie						Totaal		
	20-30j			>30j			man	vrouw	totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal			
Extreem mager	0	0	0	0	0	0	5 (1%)	7 (1%)	12 (1%)
Mager	0	5 (0.7%)	5 (0.4%)	0	0	0	75 (15%)	95 (14.2%)	170 (14.6%)
Normaal	25 (5%)	28 (4.2%)	53 (4.5%)	1 (0.2%)	0	1 (0.1%)	379 (75.8%)	493 (73.9%)	872 (74.7%)
Licht obees	3 (0.6%)	6 (0.9%)	9 (0.8%)	0	0	0	26 (5.2%)	49 (7.3%)	75 (6.4%)
Obees	1 (0.2%)	2 (0.3%)	3 (0.3%)	0	0	0	11 (2.2%)	18 (2.7%)	29 (2.5%)
Erg obees	1 (0.2%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	0	0	0	4 (0.8%)	5 (0.7%)	9 (0.8%)
totaal	30 (6%)	42 (6.3%)	72 (6.2%)	1 (0.2%)	0	1 (0.1%)	500 (100%)	667 (100%)	1167 (100%)

In bovenstaande tabel (tabel 3.1.10) is weergegeven hoeveel mannelijke en vrouwelijke studenten die extreem mager, mager, normaal, licht obees, obees, erg obees zijn volgens de

indruk van de arts, minder zijn dan 18 jaar, 18 jaar zijn, 19 jaar, 20 à 30 jaar of meer dan 30 jaar zijn . De hoogste percentages zijn te vinden bij de studenten van 18 jaar en 19 jaar met een normale lichaamsbouw.

3.1.3. Beschrijvende gegevens m.b.t roken

In onderstaande tabel 3.1.11. zijn de studenten ingedeeld naargelang hun rookstatus. De rokers worden ingedeeld in “regelmatige rokers, experimenteerders, probeerders en stoppers”. Deze categorieën zijn per studiecluster en per geslacht weergegeven. Er zijn vooral veel rokers bij de humane wetenschappen en bij de mannen uit de biomedische studierichtingen.

Tabel 3.1.11: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang geslacht, rookstatus en studiecluster
(Man N = 499, Vrouw N =674 , totaal N = 1173)

Rookstatus	Studiecluster									
	Exact			Humaan			Biomedische			
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
Roker										
Regelmatige roker	30 (15%)	8 (8.2%)	38 (12.8%)	66 (24.8%)	84 (19.1%)	150 (21.2%)	9 (27.3%)	13 (9.5%)	22 (12.9%)	
Experimenteerder	1 (0.5%)	0	1 (0.3%)	7 (2.6%)	8 (1.8%)	15 (2.1%)	2 (6.1%)	1 (0.7%)	3 (1.8%)	
probeerder	15 (7.5%)	4 (4.1%)	19 (6.4%)	15 (5.6%)	23 (5.2%)	38 (5.4%)	1 (3%)	8 (5.8%)	9 (5.3%)	
Stopper	7 (3.5%)	3 (3.1%)	10 (3.4%)	17 (6.4%)	32 (7.3%)	49 (6.9%)	5 (15.2%)	6 (4.4%)	11 (6.5%)	
Totaal	53 (26.5%)	15 (15.5)	68 (22.9%)	105 (39.5%)	147 (33.4%)	252 (35.7%)	17 (51.5%)	28 (20.4%)	45 (26.5%)	
Niet roker										
Niet roker	50 (25%)	24 (24.7%)	74 (24.9%)	81 (30.5%)	120 (27.3%)	201 (28.5%)	7 (21.2%)	31 (22.6%)	38 (22.4%)	
Nooit roker	97 (48.5%)	58 (59.8%)	155 (52.2%)	80 (30.1%)	173 (39.3%)	253 (35.8%)	9 (27.3%)	78 (56.9%)	87 (51.2%)	
Totaal	147 (73.5%)	82 (84.5%)	229 (77.1%)	161 (60.5%)	293 (66.6%)	454 (64.3%)	16 (48.5%)	109 (79.6%)	125 (73.5%)	
Totaal (100%)	200	97	297	266	440	706	33	137	170	

De Chi-kwadraat test toont voor de Fisher's exact test significantie ($p < 0.050$) voor exacte wetenschappen en biomedische wetenschappen en niet voor humane wetenschappen.

Tabel 3.1.12. is een kruistabel waarin studenten naargelang de hoeveelheid sigaretten (minder dan een half pakje, maximum één pakje, één à twee pakje, twee à drie pakjes, meer dan drie pakjes) dat ze roken worden ingedeeld naargelang studiecluster en geslacht. Hieruit blijkt dat de meeste studenten minder dan een half pakje sigaretten roken. (niet rokers in begrepen).

Tabel 3.1.12.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang aantal gerookte pakjes per studiecluster en per geslacht (Man = 498 , Vrouw N = 669, totaal N =1167)

	Studiecluster								
	Exact			Humaan			Biomedische		
	Man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	Totaal
< half pakje	172 (86%)	88 (92.6%)	260 (88.1%)	209 (79.2%)	363 (84.6%)	527 (82.5%)	27 (79.4%)	124 (91.9%)	151 (89.3%)
Max 1 pakje	7 (3.5%)	1 (1.1%)	8 (2.7%)	14 (5.3%)	16 (3.7%)	30 (4.3%)	1 (2.9%)	2 (1.5%)	3 (1.8%)
1 à 2 pakjes	8 (4.0%)	1 (1.1%)	9 (3.1%)	8 (3.0%)	20 (4.7%)	28 (4%)	2 (5.9%)	5 (3.7%)	7 (4.1%)
2 à 3 pakjes	8 (4%)	1 (1.1%)	9 (3.1%)	10 (3.8%)	12 (2.8%)	22 (3.2%)	1 (2.9%)	2 (1.5%)	3 (1.8%)
>3 pakjes	5 (2.5%)	4 (4.2%)	9 (3.1%)	23 (8.7%)	18 (4.2%)	41 (5.9%)	3 (8.8%)	2 (1.5%)	5 (3%)
Totaal (100%)	200	95	295	264	429	693	34	135	169

Tabel 3.1.13.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang rookstartintentie, studiecluster en geslacht (N = 804)

	Studiecluster									totaal		
	Exact			Humaan			Biomedische			man	vrouw	totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	Totaal			
Startintentie												
Wel	0	1 (1.2%)	1 (0.4%)	3 (1.9%)	4 (1.4%)	7 (1.6%)	0	0	0	3 (0.9%)	5 (1.0%)	8 (1%)
Niet	147 (100%)	80 (98.8%)	227 (99.6%)	155 (98.1%)	289 (98.6%)	444 (98.4%)	16 (100%)	109 (100%)	125 (100%)	318 (99.1%)	478 (99%)	796 (99%)
Totaal (100%)	147	81	228	158	293	451	16	109	125	321	483	804

Tabel 3.1.14.: kruistabel: aantal studenten ingedeeld naargelang rook stopintentie studiecluster en geslacht (N = 260)

	studiecluster									totaal		
	exact			humaan			biomedische			man	vrouw	totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	Totaal			
Stopintentie												
Wel	16 (47.1%)	5 (50%)	21 (47.7%)	34 (43%)	55 (52.4%)	89 (48.4%)	7 (58.3%)	13 (65%)	20 (62.5%)	57 (45.6%)	73 (54.1%)	130 (100%)
Niet	18 (52.9%)	5 (50%)	23 (52.3%)	45 (57%)	50 (47.6%)	95 (51.6%)	5 (41.7%)	7 (35%)	12 (37.5%)	68 (54.4%)	62 (45.9%)	130 (100%)
Totaal (100%)	34	10	44	79	105	184	12	20	32	125	135	260

In tabel 3.1.13. en 3.1.14. worden respectievelijk de studenten ingedeeld naargelang ze al dan niet de intentie hebben om te starten met roken of te stoppen met roken, naargelang ze exacte wetenschappen volgen, humane of biomedische en naargelang van het geslacht. Bijna 100% van de niet – rokers heeft geen intentie om te starten met roken binnen de 6 maanden. De helft van de rokers zijn van plan te stoppen met roken binnen de 6 maanden, de helft niet.

3.1.4. Beschrijving gewichtspceptie

Onderstaand zijn eerst in tabel 3.1.15. de beschrijvende statistieken weergegeven m.b.t. “BMI”, “drive for thinness” en “body dissatisfaction”. Deze gegevens zijn van belang voor de correlatie-tabel 3.1.16. In deze tabel zijn de paarsgewijze correlatiewaarden weergegeven tussen “BMI”, “drive for thinness” en “body dissatisfaction”. Ze zijn alle drie significant voor een waarde van 0.01.

Tabel 3.1.15.: Beschrijvende statistieken m.b.t. BMI, drive for thinness, body dissatisfaction

	Mean	Standaard Deviatie	N
BMI	21.603	2.844	1173
Drive for thinness	1.4063	2.7622	1152
Bodydissatisfaction	0.9380	1.6913	1145

Tabel 3.1.16.: Correlatie-tabel: BMI, drive for thinness, body dissatisfaction, paarsgewijze correlatie coëfficiënten

	BMI	Drive for thinness	Body dissatisfaction
BMI		0.285)	0.306
Drive for thinness			0.530
Body dissatisfaction			

Alle waarden zijn dus significant voor een waarde van 0.01 per paar van variabelen. Zowel BMI, “drive for thinness” als “body dissatisfaction zijn significant onderling gecorreleerd in paren: “drive for thinness” is gecorreleerd met “body dissatisfaction”, BMI is gecorreleerd met “body dissatisfaction” en BMI is gecorreleerd met “drive for thinness”.

Tabel 3.1.17.: Gewichtspceptievragenlijst: verschil tussen mannen en vrouwen: T-toets
Group Statistics, Independent Samples Test

Dimensie	Geslacht	N	Mean	SD	t	df	p
Drive for thinness	Man	492	0.4106	1.4421	-12.254	964.672	0.000
	Vrouw	660	2.1485	3.2380			
Body dissatisfaction	Man	487	0.2813	0.8940	-13.223	974.730	0.000
	vrouw	658	1.4240	1.9580			

Bij het invullen van de gewichtspceptievragenlijst zijn er een aantal ontbrekende gegevens. Zodoende is het aantal in de steekproef voor vrouwen respectievelijk voor “drive for thinness” en voor “body dissatisfaction” 660 en 658 en voor mannen 492 en 487. “Drive for thinness” en “body dissatisfaction” zijn zeer verschillend voor meisjes en jongens. Op basis van een t – toets blijkt er een significant verschil in geslacht te zijn voor zowel “drive for thinness” als voor “body dissatisfaction”. De gemiddelde waarden voor “drive for thinness” en voor “body dissatisfaction” zijn bij meisjes beide groter t.o.v. de scores bij mannen.

De gemiddelde score van 2.14 op de “drive for thinness” is in vergelijking met high school girls uit amerika percentiel 41 en 0.41 voor mannen komt overeen met percentiel 59. De scores liggen dus binnen de range van het normale. Body dissatisfaction is niet volledig en dus niet vergelijkbaar.

Tabel 3.1.18.: "drive for thinness" en "body dissatisfaction" t.o.v. studiercluster

	Studierichting									F	Sig
	Exacte wetenschappen			Humane wetenschappen			Biomedische wetenschappen				
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD		
Drive for thinness	296	0.5304	1.7962	688	1.6846	2.9500	168	1.8095	3.0405	20.859	0.000
Bodydissatisfaction	291	0.4399	1.1886	686	1.0802	1.7875	168	1.2202	1.8553	17.897	0.000

Er blijkt ook een significant verschil te zijn tussen de verschillende studieclusters zowel voor "drive for thinness" ($F = 20.859$, $p < .001$) als voor "body dissatisfaction" ($F = 17.897$, $p < .001$). "Drive for thinness" is sterker binnen de biomedische wetenschappen ($\bar{Y} = 1.8095$) dan de humane wetenschappen ($\bar{Y} = 1.6846$) en de exacte wetenschappen ($\bar{Y} = 0.5304$). Voor "body dissatisfaction" is de volgorde identiek: biomedische wetenschappen ($\bar{Y} = 1.2202$), humane wetenschappen ($\bar{Y} = 1.0802$) en exacte wetenschappen ($\bar{Y} = 0.4399$).

Om na te gaan of er een verschil is op "drive for thinness" en "body dissatisfaction" tussen geslacht, studiecluster en geslacht + studiecluster, wordt een univariate variantie analyse uitgevoerd, waarbij de factoren geslacht (man, vrouw) en studieclusters (exact, humaan, biomedisch) worden beschouwd. Onderstaande tabellen tonen de beschrijvende statistieken hiervan en de resultaten.

Tabel 3.1.19.: beschrijvende statistieken van de univariate analysis of variance voor "drive for thinness" en "body dissatisfaction" t.a.v. studiecluster en geslacht

	Studiecluster																	
	Exacte wetenschappen						Humane Wetenschappen						Biometische wetenschappen					
	Man			Vrouw			Man			Vrouw			Man			Vrouw		
	N	Mea	SD	N	Mea	SD	N	Mea	SD	N	Mea	SD	N	Mea	SD	N	Mea	SD
Drive for thinness	20	0.175	0.772	9	1.270	2.819	25	0.600	1.799	43	2.334	3.296	3	0.352	1.228	13	2.179	3.248
	0	0	9	6	8	0	8	8	1	0	9	5	4	9	0	4	1	7
Body dissatisfaction	19	0.206	0.786	9	0.945	1.666	25	0.333	0.965	43	1.522	2.003	3	0.333	0.924	13	1.437	1.960
	9	0	7	2	7	5	5	3	3	1	0	2	3	2	5	0	8	

Hieruit blijkt dat naargelang het geslacht er een significant verschil is van $p = 0.010$ voor "drive for thinness" en $p = 0.012$ voor "body dissatisfaction". Vrouwen scoren significant hoger op de variabelen "drive for thinness" (\bar{Y} vrouw = 2.1485, \bar{Y} man = 0.4106) en "body

dissatisfaction” (\bar{Y} vrouw = 1.4240, \bar{Y} man = 0.2813). Uit deze analyse blijkt ook dat studiecluster niet significant verschillend is noch voor “drive for thinness” ($p = 0.168$), noch voor “body dissatisfaction” ($p = 0.288$). Zo ook is de interactie tussen studie en geslacht niet significant verschillend voor “drive for thinness” ($p\text{-value} = 0.220$) en voor “body dissatisfaction” ($p\text{-value} = 0.164$).

Dus d.w.z. dat “drive for thinness” en “body dissatisfaction” variabelen zijn die bij de 2 geslachten significant verschillend zijn. Mannen scoren relatief laag, vrouwen scoren relatief hoog.

Om de BMI te voorspellen a.h.v. de lichaamsperceptievragenlijst met “Body dissatisfaction” en “drive for thinness” als predictor variabelen en de BMI is de afhankelijke variabele, blijkt na regressie analyse a.h.v. Anova de $F = 71,897$, voor 2 vrijheden (df) een significantie te hebben van $p = .00$. Elk apart hebben “drive for thinness” een t – waarde van 5.058 en significantie van $p = .00$ en “body dissatisfaction” en t – waarde van 6.518 en een significantie van $p = .00$.

“Body dissatisfaction” heeft een sterkere correlatie dan “drive for thinness” hoe meer ontevredenheid m.b.t. het lichaam, hoe hoger de BMI.

3.2. Validering van de vragenlijst naar gepercipieerde voordelen van roken

Om de gepercipieerde voordelen van roken na te gaan worden op basis van de vragenlijst besproken in 2.2.1.3. de subschalen genormeerd. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een principale componentenanalyse. Vervolgens werd de interne consistentie van de schaal nagegaan. Deze stappen worden beschreven in de hieronder volgende paragraaf.(35)

3.2.1. Factoranalyse

Om het aantal onderliggende dimensies te onderscheiden dat in de vragenlijst wordt gemeten, werd gebruik gemaakt van een principale component analyse. O.w.v. de vele ontbrekende gegevens door het beantwoorden van antwoordoptie “ik weet het echt niet”, wordt deze analyse enkel uitgevoerd op een deel van de onderzoeksgroep ($N = 389$). Dit aantal blijft echter voldoende groot.

Op grond van het eigenwaarde = 1 criterium worden er vier dimensies weerhouden, die samen 63,094 % van de variantie verklaren. De eigenwaarde van de eerste dimensie is 5.456. Deze dimensie verklaart 24,346 % van de totale variantie. Voor de tweede dimensie is dat respectievelijk 1.552 en 18.596%, voor de derde 1.327 en 11.771% en voor de vierde 1.128 en 8.381%.

Tabel 3.2.1.: de rookperceptievragenlijst: de items behorende tot de verschillende dimensies
Na Rotated Component Matrix en "Principal component analyses" als extractie methode

Items	Dimensie 1 Ontspannend Effect	Dimensie 2 Vermageren	Dimensie 3 sociaal	Dimensie 4 Gezondheid
B1 Vermageren		0.805		
B2 nadeel conditie				0.775
B3 gezellig	0.740			
B4 concentreren bij studeren	0.682			
B5 gewichtscontrole		0.804		
B6 minder examendruk	0.687			
B7 minder honger		0.735		
B8 nadeel meer alcohol			0.466	
B9 beter ontspannen	0.819			
B10 minder nerveus en allerter	0.764			
B11 nadeel gezondheid anderen				0.770
B12 je minder vervelen	0.734			
B13 gemakkelijker diëten		0.749		
B14 meer zelfvertrouwen			0.788	
B15 gemakkelijker vrienden			0.814	

Na Varimax rotatie (zie tabel 3.3.2) worden er vier dimensies bekomen. Waarvan de eerste twee de meeste items omvatten. Op basis van de inhoudelijke duiding van de items kunnen deze twee dimensies gebruikt worden als respectievelijk "voordeel ontspannend effect" en voordeel vermageren". De andere twee dimensies zijn "voordeel sociaal contact" en "gezondheidsinvloed" (eigen conditie en gezondheid van anderen).

3.2.2. Interne consistentie

Om na te gaan of deze schalen op zich consistent zijn, werden de Cronbach α bepaald. Voor de eerste twee schalen voldeed de interne consistentie voldoende hoog ($\alpha > .80$). Voor de schaal "sociaal contact" was de α slechts 0.545. Na eliminatie van het item "alcohol" steeg de α tot 0.75. Vandaar dat beslist werd dit item niet mee te beschouwen voor de schaal. De schaal "gezondheidsinvloed" had een erg lage α van 0.35. Dit is begrijpelijk, gezien zij slechts bestaat uit 2 items, die bovendien inhoudelijk onderscheiden aspecten meten (namelijk gezondheid van anderen en eigen gezondheid). Vandaar dat besloten werd deze beide items niet in één schaal op te nemen, maar als afzonderlijke dimensies te beschouwen.

Tabel 3.2.2.: Interne consistentie (Cronbach α) voor de dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken

Dimensie	N of Items	α
“voordeel het ontspannend effect”	6	0.8703
“voordeel vermageren”.	4	0.8650
“voordeel sociaal contact”	2	0.7458
”gezondheidsinvloed”	2	0.3460

Zodoende waren er 5 dimensies zijnde

1. “roken ontspant”
2. “roken helpt vermageren”
3. “roken bevordert sociaal contact”
4. “roken verslechtert de conditie”
5. “roken is slecht voor de gezondheid van anderen

3.2.3. Inhoudelijke consistentie

Tabel 3.2.3. geeft de correlaties tussen de 5 dimensie weer.

Tabel 3.2.3.: Pearson correlaties (r) tussen de 5 dimensies van vragenlijst
m.b.t. de gepercipieerde voordelen van roken onderling

	ontspant r	vermageren r	sociaal contact R	conditie r	gezondheid anderen r
ontspant		0.540***	0.478***	-0.063	-0.138***
vermageren			0.392***	-0.058	-0.033
sociaal contact				-0.045	-0.055
conditie					0.210***
gezondheid anderen					

*** = p – value < .050

De correlaties zijn significant voor ‘roken helpt vermageren’ en ‘roken ontspant’ ($r = 0.540$ $p = .00$), tussen ‘roken bevordert sociaal contact’ en ‘roken ontspant’ ($r = 0.478$ $p = .00$), tussen ‘roken bevordert sociaal contact’ en ‘roken helpt vermageren’ ($r = 0.392$, $p = .00$) en tussen ‘roken is slecht voor de gezondheid van anderen’ en ‘roken ontspant’ ($r = 0.138$, $p = .001$) en tussen ‘roken is slecht voor de gezondheid van anderen’ en ‘roken verslechtert de conditie’ ($r = 0.210$, $p = .00$). Ze varieert met een minimum correlatie van 0.138 en maximum correlatie

van 0.540. Hieruit kan worden besloten dat de verschillende dimensies voldoende samenhang vertonen, maar toch ook niet te homogeen zijn.

3.3. Beschrijvingen m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken

3.3.1. Verskil tussen mannen en vrouwen

In onderstaande is nagegaan of er een verschil is tussen geslacht en m.b.t. de vijf dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken. Dit gebeurde a.h.v. een t – toets .

Tabel 3.3.1. : gepercipieerde voordelen van roken: verschil tussen mannen en vrouwen

	Geslacht						T	df	p-value
	Man			Vrouw					
	N	Mean	SD	N	Mean	SD			
Roken ontspant	266	2.1491	0.9344	358	1.8687	0.8160	3.9100	525.241	0.000
Roken helpt vermageren	191	1.9764	0.9512	331	1.9585	0.153	0.2110	384.165	0.833
Roken bevordert sociaal contact	349	1.7077	0.8394	521	1.4846	0.7695	3.9720	701.333	0.000
Roken verslechtert conditie	487	4.7207	0.5738	648	4.6975	0.5343	0.6950	1005.159	0.488
Roken is slecht voor gezondheid anderen	487	4.7125	0.6314	663	4.7391	0.5867	-0.726	1002.024	0.68

Uit bovenstaande tabel blijkt dat “roken ontspant” (p-value = .00) en “roken bevordert sociaal contact” (p-value = .00) significant verschillend zijn voor de twee geslachten, meer voor mannen dan voor vrouwen. Het gemiddelde is respectievelijk voor “roken ontspant” en voor “roken bevordert sociaal contact” 2.1491 en 1.7077 voor mannen en 1.8687 en 1.4846 voor vrouwen. Er is geen significant geslachtsverschil voor de variabelen “roken helpt vermageren”, “roken verslechtert de conditie” en “roken is slecht voor gezondheid van anderen”.

Vanuit bovenstaande analyse blijkt er dus geen verschil tussen roken en vermageren tussen jongens en meisjes, wel voor roken ontspant en roken bevordert sociaal contact

3.3.2. Verschillen m.b.t. studiecluster

Er blijkt significantie te zijn in verschil in studiecluster voor “roken ontspant” (p - value = .005) en voor roken “bevordert sociaal contact” (p - value = .006) en dus niet voor “roken helpt vermageren”, “roken verslechtert conditie” en “roken is slecht voor gezondheid van anderen”.

“Roken ontspant” blijkt sterker aanwezig te zijn bij humane ($\check{Y} = 2.0765$) dan exacte ($\check{Y} = 1.8519$) en dan biomedische wetenschappen ($\check{Y} = 1.8143$). De volgorde voor “roken

bevordert sociaal contact” van meer correlatie naar minder is eerst exacte ($\check{Y} = 1.6724$) en dan humane ($\check{Y} = 1.5824$) en dan biomedische ($\check{Y} = 1.3819$) wetenschappen.

Tabel 3.3.2.:gepercipieerde voordelen van roken: verschillen in studiecluster

dimensie	Studierichting												F	p-value
	Exacte			Humane			biomedische			totaal				
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD		
Ontspant	153	1.8519	0.8235	392	2.0765	0.8883	79	1.8143	0.8855	624	1.9882	0.8787	5.445	0.005
Vermageren	115	1.9717	0.9235	340	1.9816	0.9340	67	1.8694	0.9112	522	1.9650	0.9277	0.412	0.662
sociaal contact	203	1.6724	0.8515	540	1.5824	0.8076	127	1.3819	0.6827	870	1.5741	0.8052	5.210	0.006
Conditie	291	4.7285	0.5495	680	4.6912	0.5629	164	4.7378	0.5059	1135	4.7075	0.5515	0.757	0.469
gezondheid anderen	292	4.7055	0.6803	690	4.7246	0.5923	168	4.7798	0.5185	1150	4.72278	0.6059	0.825	0.438

Tabel 3.3.3. geeft de paarsgewijze verschillen tussen de studieclusters m.b.t. de dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken a.h.v. post-hoc Scheffe toetsen.

Tabel 3.3.3. : Paarsgewijze verschillen tussen de studieclusters m.b.t. de dimensies van de gepercipieerde voordelen waarmee significant gecorreleerd.

Beschrijvende statistieken en Multiple comparisons a.h.v. Scheffe-methode

Dimensies	studiecluster	Studiecluster					
		Exact		Humaan		Biomedisch	
		Mean	P – value	Mean	P – value	Mean	P-value
Roken ontspant	Exact			-0.2247	0.027		
	Humaan	0.22470	0.027			0.2622	0.052
	Biomedisch			-0.2622	0.052		
Roken bevordert sociaal contact	Exact					0.2905	0.006
	Humaan					0.2005	0.040
	Biomedisch	-0.2905	0.006	-0.2005	0.040		

Enkel “roken ontspant” en “roken bevordert sociaal contact” zijn in bovenstaande tabel beschouwd, omdat deze de dimensies zijn die significant verschillen t.o.v. studiecluster. Voor “roken ontspant” blijkt er een significant verschil te zijn tussen exacte en humane wetenschappen ($\check{Y} = 0.2247$ en $p = 0.027$) en een net niet significant verschil tussen humane en biomedische wetenschappen ($\check{Y} = 0.2622$ en $p = 0.052$). Voor “roken bevordert sociaal

contact” is er een significant verschil tussen exacte en biomedische wetenschappen ($\bar{Y} = 0.2905$ en $p = 0.006$) en tussen humane en biomedische wetenschappen ($\bar{Y} = 0.2005$ en $p = 0.040$).

Op deze manier kan er worden nagegaan of de studieclusters in homogene subsets worden ingedeeld op basis van de scores op de dimensies voor “roken ontspant” en “roken bevordert sociaal contact”. Deze subsets zijn weergegeven in tabel 3.3.4.

Tabel 3.3.4.: Homogene subsets voor “roken ontspant”

Studiecluster	N	Subset for $\alpha = 0.05$	
		1	2
Biomedische	79	1.8143	
Exacte	153	1.8519	1.8519
Humane	392		2.0765
Sig		0.938	0.102

Voor “roken ontspant” zijn er twee subsets. Subset 1 (Sig. = 0.938) bevat biomedische en exacte wetenschappen. Subset 2 (Sig. = 0.102) bevat enkel de humane wetenschappen. Exacte wetenschappen kunnen niet bij de humane worden gezet, want uit voorgaande analyse blijkt er een significant verschil te zijn tussen humane en exacte wetenschappen betreffende “roken ontspant”

Tabel 3.3.5.: Homogene subsets voor “roken bevordert sociaal contact”

Studiecluster	N	Subset for $\alpha = 0.05$	
		1	2
Biomedische	127	1.3819	
Exacte	540		1.5824
Humane	203		1.6724
Sig		1.000	0.525

Voor “roken bevordert sociaal contact” zijn er zeer duidelijk 2 subsets namelijk subset 1 (Sig. = 1.000) die de humane en exacte wetenschappen bevat en subset 2 (Sig. = 0.525) die de biomedische wetenschappen bevat.

Hoofdstuk 4. Verbanden tussen de variabelen

Het eigenlijke doel van dit onderzoek was om na te gaan of er een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie. Om dit verband na te gaan werden een reeks discriminantanalyses toegepast, waarbij rookstatus en rook(stop) intentie (resp. bij rokers en niet – rokers) de afhankelijke variabelen waren en de schalen met gepercipieerde voordelen van roken, “body dissatisfaction” en “drive for thinness” de voorspellende variabelen.

4.1. Gepercipieerde voordelen en rookstatus voor beide geslachten

Uit de vragenlijst zijn vijf verschillende motieven (dimensies) gehaald om te roken. Om na te gaan welke van deze motieven het sterkste bijdragen tot het al of niet roken, werden zij opgenomen in een discriminantanalyse, met rookstatus (roker of niet – roker) als voorspellende variabele.

N totaal is slechts 469, dit is 37% van de oorspronkelijke 1179. Dit komt o.w.v. de ontbrekende gegevens door de “ ik weet het echt niet” – antwoordoptie.

Uit de analyse blijkt dat er een significante functie kan gecreëerd worden die discrimineert tussen rokers (group centroid roker = 0.881) en niet-rokers (group centroid = -0.653). Deze functie heeft een Wilks' Lambda van 0.634 met een chi-square van 198.220 en vijf vrijheidsgraden (df), en een significantie < .001.

De *Structuur Matrix* die de correlatie weergeeft tussen deze variabelen en deze functie, geeft aan dat in eerste orde “roken ontspant” (0.922) aan deze functie is verbonden, dan “roken helpt vermageren” (0.300). De andere variabelen vertonen slechts een zeer lage correlatie met deze functie.

Tabel 4.1.1.: structuur matrix: gepercipieerde voordelen en rookstatus voor beide geslachten

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken	Functie
Roken ontspant	.992
Roken helpt vermageren	.300
Roken is slecht voor gezondheid anderen	-.213
Roken bevordert sociaal contact	.177

“Roken ontspant” en “roken helpt vermageren” voorspellen dus het best van de voordelen van roken of de student een roker is.

4.2. Gepercipieerde voordelen, lichaamsperceptie en rookstatus voor beide geslachten

In een volgende discriminantanalyse werd nagegaan of naast de gepercipieerde voordelen van roken ook de twee dimensies van de lichaamsperceptievragenlijst een voorspellende waarde hebben t.a.v. rookstatus.

Hiertoe werd gebruik gemaakt van een stapsgewijze discriminantanalyse, om een minimale subset van variabelen en maximale discriminantie te bekomen. In eerste instantie werd “roken ontspant” toegevoegd, dan “roken bevordert sociaal contact”, dan “drive for thinness”.

Zo wordt een functie bekomen gebaseerd op deze drie variabelen die significant discrimineert tussen rokers en niet – rokers (Wilks’ Lambda 0.630, Chi-square 191.166 voor drie vrijheidsgraden (df), $p < .001$). Ook hier is er weer differentiatie naar roker (groupcentroids 0.899) en niet naar niet-roker (-0.650).

De *Structuur Matrix* geeft waarden van 0.950 voor “roken ontspant”, 0.260 voor “drive for thinness” en 0.221 voor “roken bevordert sociaal contact”. “Roken helpt vermageren” en “body dissatisfaction” zijn niet in de functie opgenomen, maar correleren toch respectievelijk met een waarde van 0.446 en 0.150. Uit de classificatie statistieken blijkt dat 78,2% van de gevallen correct werd geplaatst op basis van deze functie .

Tabel 4.2.1.: structuur matrix gepercipieerde voordelen en lichaamsperceptie en rookstatus voor beide geslachten

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie	Functie
Roken ontspant	.950
Roken helpt vermageren ^a	.446
Drive for thinnes	.260
Roken bevordert sociaal contact	.221
Body dissatisfaction ^a	.150
Roken verslechtert de conditie ^a	-.083
Roken is slecht voor de gezondheid van anderen ^a	-.069

^a deze variabele is niet gebruikt bij de analyse

Hieruit blijkt dus dat de meest significante voorspelling voor rookstatus gebaseerd is op de motieven aangaande “ontspanning” en “sociaal contact” uit de vragenlijsten . Daarenboven blijkt echter dat ook “drive for thinness” bijdraagt tot het voorspellen in rookstatus. Dit is een indicatie dat drang om te vermageren wel degelijk een motief vormt om te (blijven) roken.

4.3. Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij jongens en meisjes apart

De vraag is of de factoren die rookstatus voorspellen dezelfde zijn voor meisjes en jongens. Dit werd nagegaan door 2 afzonderlijke stapsgewijze data-analyses, eerst voor meisjes (N = 268 of 39,7%) en vervolgens voor jongens (N = 149 of 29,6%).

4.3.1. Bij meisjes

Bij de stapsgewijze discriminant analyse werd voor de meisjes eerst “roken ontspant” ingevoerd, dan “roken helpt vermageren” en dan “roken bevordert sociaal contact”. A.h.v. deze drie variabelen wordt een functie bekomen, die significant discrimineert tussen rokende en niet – rokende meisjes (Wilks’ lambda van 0.624, een Chi-square van 124.817 met 3 vrijheden (df) en met een significantie van 0.000).

Uit de gegevens van de Group Centroids blijkt deze functie verbonden te zijn met de rokers (0.906) en niet met de niet-rokers (-0.661).

De *Structuur Matrix* geeft correlaties met deze functie weer die variëren van 0.947 voor “roken ontspant”, 0.265 voor “roken helpt vermageren” en 0.219 voor “roken bevordert sociaal contact”. “Drive for thinness (0.173)” en “body dissatisfaction” (0.058) correleren nauwelijks met de functie. “Roken verslechtert conditie” en “roken is slecht voor de gezondheid van anderen” hebben een negatief teken. Uit de classificatie statistieken blijkt dat 78.2% van de gevallen correct werden geplaatst op basis van deze analyse.

Tabel 4.3.1.: *Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij meisjes*

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie	Functie
Roken ontspant	.947
Roken helpt vermageren	.265
Roken bevordert sociaal contact	.219
Drive for thinnes ^a	.173
Roken verslechtert de conditie ^a	-.103
Roken is slecht voor de gezondheid van anderen ^a	-.078
Body dissatisfaction ^a	.058

^a deze variabele is niet gebruikt bij de analyse

Voor meisjes blijkt er dus een significante voorspelling mogelijk van rookstatus op basis van vooral de motieven “roken ontspant”, “roken helpt vermageren” en “roken bevordert sociaal contact”. Rokende meisjes menen dus dat roken ontspannend werkt, helpt vermageren en sociaal contact bevordert.

4.3.2. Bij jongens

De stapsgewijze discriminantanalyse voor jongens voerde eerst “roken ontspant” in en dan “roken bevordert sociaal contact”. Er wordt reeds significante discriminantie bereikt op basis van 2 dimensies. De Wilks’ Lambda voor deze functie is 0.628 met een Chi-square van 67.852 voor een spreiding (df) van 2 en een significantie van 0.000. Uit de gegevens van de Group Centroids blijkt deze functie verbonden te zijn met de rokers (1.129) en niet met de niet-rokers (-0.347).

Uit de *Structuur Matrix* blijkt dat “roken ontspant” (0.954) en “roken bevordert sociaal contact” (0.222) verbonden zijn aan de functie, maar ook “roken helpt vermageren” die niet in de functie werd opgegeven, is ermee verbonden (0.429). “Body dissatisfaction” daarentegen correleert strikt laag. Uit de classificatie statistieken blijkt dat 77,3% van de originele groepsgevallen correct zijn geclassificeerd op basis van deze analyse.

Tabel 4.3.2.: *Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookstatus bij jongens*

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie	Functie
Roken ontspant	.654
Roken helpt vermageren ^a	.429
Roken bevordert sociaal contact	.222
Body dissatisfaction ^a	.134
Roken is slecht voor de gezondheid van anderen ^a	-.053
Roken verslechtert de conditie ^a	-.013
Drive for thinnes ^a	.004

^a deze variabele is niet gebruikt bij de analyse

Dus rokende jongens vinden dat roken ontspant en bijdraagt aan sociaal contact, niet dat het helpt vermageren.

4.4. Rookstartintentie

De volgende vraag was of de dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken en de dimensies van de lichaamsperceptievragenlijst ook een rol spelen bij de rookstartintentie bij niet – rokers.

Op grond van discriminantanalyse bij de niet-rokers (N = 240) (29.7% van de niet-rokers uit de populatie bevroegde studenten) blijkt er geen significante discriminant functie te kunnen opgesteld worden die discrimineert tussen niet – rokers die van plan zijn om te roken en die dit niet van plan zijn. (Wilks' Lambda van 0.958, een Chi-square van 10.063 voor 7 vrijheidsgraden (df), p- value = 0.185)

Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie spelen dus bij de onderzochte niet-rokers geen significante rol bij rookstart.

4.5. Rookstopintentie

De volgende vraag was of de dimensies van de gepercipieerde voordelen van roken en de dimensies van de lichaamsperceptievragenlijst ook een rol spelen een bij de rookstopintentie bij de rokers.

Op grond van discriminantanalyse bij de rokers (N = 131) (35.9% van de populatie bevroegde studenten) blijkt er geen significante discriminant functie te kunnen opgesteld worden die discrimineert tussen rokers die van plan zijn om te stoppen met roken en die dit niet van plan zijn (Wilks' Lambda van 0.964, een Chi-square van 4.620 voor 7 vrijheidsgraden (df), p-value = 0.706)

Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie spelen dus bij de onderzochte rokers geen significante rol bij rookstop.

4.6. Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie en rookfrequentie voor jongens en meisjes samen

In een volgende discriminant analyse is nagegaan of de gepercipieerde voordelen van roken, “drive for thinness” en “body dissatisfaction” een voorspellende waarde hebben t.a.v. rookfrequentie (regelmatige roker, experimenteerder/probeerder en niet roker/stopper) bij de totale onderzoeksgroep (N totaal = 417 of 35,4 %).

Uit de analyse blijkt dat er 2 functies kunnen gecreëerd worden, waarvan de 2^e functie (de experimenteerder/probeerder) niet significant discrimineert (Wilks'Lambda van 0.991, een

Chi - square van 3.728 voor 6 vrijheden (df) en een p-value van 0.713). De eerste functie (de regelmatige roker) discrimineert wel significant (Wilks'Lambda van 0.564, een Chi - square van 235.683 voor 14 vrijheden en een p-value van 0.000).

De *Structuur Matrix* die de correlatie weergeeft tussen deze variabelen en deze functie (regelmatig roken), geeft waarden van 0.871 voor “roken ontspant”, 0.208 voor “drive for thinness” en van 0.226 voor “roken helpt vermageren”. “Roken bevordert sociaal contact” (0.153) en “body dissatisfaction” (0.070) vertonen zeer lage correlaties met deze functie. “Roken verslechtert conditie” en “roken is slecht voor gezondheid anderen” zijn niet gecorreleerd. Uit de classificatie statistieken blijkt dat 66,7% van de gevallen hierdoor correct werd geplaatst.

Tabel 4.6.1.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookfrequentie (regelmatige roker) bij meisjes en jongens.

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie	Functie
Roken ontspant	.871*
Drive for thinnes	.208*
Roken helpt vermageren	.226
Roken verslechtert de conditie	-.038
Roken bevordert sociaal contact	.153
Roken is slecht voor de gezondheid van anderen	-.240
Body dissatisfaction	.070

* grootste absolute correlatie tussen variabele en discriminantfunctie

Hieruit blijkt dus opnieuw dat de meest significante voorspelling voor “regelmatige” roker gebaseerd is op de motieven aangaande “roken ontspant”, “drive for thinness” en “roken helpt vermageren”. Dit vormt geen meerwaarde t.o.v. bovenstaande gegevens.

4.7. Gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie en rookfrequentie voor meisjes apart

In deze paragraaf is nagegaan of factoren die rookfrequentie voorspellen dezelfde zijn voor meisjes (N = 268. 39,7 % van de meisjes N= 675) als voor de totale groep. Uit de analyse blijkt dat er 2 functies kunnen gecreëerd worden, waarvan de 2^e functie (de experimenteerder/probeerder) niet significant discrimineert (Wilks'Lambda van 0.983 , een Chi - square van 4.587 voor 6 vrijheden (df) en een p-value van 0.598). De eerste functie (de regelmatige roker) discrimineert wel significant (Wilks'Lambda van 0.562, een Chi - square van 150.822 voor 14 vrijheden en een p-value van 0.000).

De *Structuur Matrix* geeft correlaties met

deze functie weer die variëren van 0.897 voor “roken ontspant”, 0.273 voor “drive for thinness”, 0.217 voor “roken helpt vermageren”, 0.171 voor “Roken bevordert sociaal contact” en 0.111 voor “body dissatisfaction”. “Roken verslechtert conditie” en “roken is slecht voor gezondheid anderen” zijn niet gecorreleerd.

Uit de classificatie statistieken blijkt dat 70.9 % van de groep hierdoor correct werd geplaatst.

Tabel 4.7.1.: Structuur Matrix: Gepercipieerde voordelen van roken, lichaamsperceptie en rookfrequentie (regelmatige roker) bij meisjes

Dimensies m.b.t. gepercipieerde voordelen van roken en lichaamsperceptie	Functie 1	Functie 2
Roken ontspant	.897*	-.312
Body dissatisfaction	.111*	.110
Roken bevordert sociaal contact	.171	-.734*
Roken is slecht voor de gezondheid van anderen	-.191	.440*
Roken helpt vermageren	.217	-.402*
Roken verslechtert de conditie	-.017	.395*
Drive for thinnes	.273	.287*

* grootste absolute correlatie tussen variabele en discriminantfunctie

Voor meisjes blijkt er dus een significante voorspelling mogelijk van regelmatige roker op basis van vooral de motieven “roken ontspant”, “drive for thinness” en “roken helpt vermageren”. Meisjes die regelmatig roken menen dus dat roken ontspant, roken helpt te vermageren en hebben drang om te vermageren.

Hoofdstuk 5. Discussie en conclusie: algemeen besluit

De **doelstellingen** van dit onderzoek waren om de bestaande literatuur te synthetiseren en een gerichte bevraging te doen bij de meisjes van de K.U.Leuven en terwijl ook bij de jongens, die op eerstejaars onderzoek kwamen. Het eigenlijke doel van dit onderzoek was om na te gaan of er een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie.

Uit de **literatuur** bleek dat er een verband is tussen bezorgdheid met betrekking tot lichaamsgewicht, diëten en roken bij adolescente meisjes. Bezorgdheid m.b.t. gewicht en dieetgedrag was positief gerelateerd aan rookstart en huidig roken bij meisjes, niet bij jongens. Aan de basis hiervan ligt de angst om bij te komen in gewicht, de wens om mager te zijn en vermageringsdrang. In relatie tot het effectieve gewicht, bleken voornamelijk meisjes met een BMI meer dan 24 meer dieetgedrag te vertonen en hierbij gebruik te maken van roken (18),(19).

De perceptie dat roken gerelateerd is aan gewicht kan **verklaard** worden aan de hand van enkele fysische en psychische processen die plaats vinden bij rookstop. (12) Rookstop geeft meer eetlust bij meisjes als dervingsverschijnsel na fysieke afhankelijkheid. (nicotinedeprivatieverschijnsel) (29). Dit ontwenningssymptoom kan de suikerbehoefte doen toenemen en meer suikerinname geeft dan ook gewichtstoename (30) (12). Bovendien hebben meisjes vaak passieve manieren om met stress om te gaan, bij stoppen met roken gaan ze een ander passief copingsmechanisme toepassen, bijvoorbeeld snoepen en fast food. (jongens hebben meer actieve copingsmechanismen).

Betreffende de studieopzet valt op te merken dat de onderzoeksgroep **representatief** is voor de studenten van de eerste kandidatuur van de K.U.Leuven en dat ondanks de vele ontbrekende gegevens door de antwoordoptie “ik weet het echt niet”, er toch nog **voldoende dataset** is voor betrouwbare resultaten.

De gemiddelde **BMI** van de studenten was 21.6, de meeste studenten behoorden tot een normale BMI klasse en ook volgens de indruk van de arts had het grootste deel van de studenten een normale lichaamsbouw. Opmerking hierbij is dat deze scores subjectieve

normen zijn die in het computerprogramma aangeklikt dienen te worden en waarbij nogal snel door de artsen de gemakkelijkst aanklikbare score “normaal“ wordt aangeklikt. BMI is gecorreleerd met “**body dissatisfaction**” en met “**drive for thinness**” . Meisjes scoren hoger op de “drive for thinness” en “body dissatisfaction”. De gemiddelde score van 2.14 op de “drive for thinness” is in vergelijking met high school girls uit Amerika percentiel 41 en 0.41 voor mannen komt overeen met percentiel 59. De scores liggen dus binnen de range van het normale. Body dissatisfaction is niet volledig en dus niet vergelijkbaar. (24)

“Drive for thinness” en “body dissatisfaction” bleken gecorreleerd te zijn aan geslacht, meer aan meisjes, dan aan jongens. Hierdoor zou het kunnen dat jongens zich niet zo goed bleken te identificeren met de vragenlijst en dat er regelmatig de opmerking werd gemaakt door de jongens dat de vragenlijst voor meisjes is. Dit kan wel omdat de vragenlijst oorspronkelijk is opgemaakt voor patiënten met eetstoornissen, wat vooral vrouwen zijn en de vergelijking op de studentenpopulatie aan de K.U.Leuven was ook enkel gedaan op meisjes (21). Waarschijnlijk heeft het iets te maken met een verschillende benadering van lichaamsperceptie. Meisjes zijn bij hun lichaamsperceptie vooral bezig met “dik zijn”; met in extremis een eetstoornis, terwijl jongens waarschijnlijk minder bezig zijn met dikke billen en heupen en misschien meer bezig met het gespierd eruit willen zien m.b.t. body dissatisfaction. Uit het onderzoek bleek ook dat “body dissatisfaction” een sterkere correlatie heeft dan “drive for thinness” met BMI. Hoe meer ontevredenheid met het lichaam, hoe hoger de BMI.

In deze studie blijken 28% van de meisjes en 35% van de jongens **te roken** (alle rookgedrag samen). Deze cijfers verschillen van de cijfers bij dezelfde, meer uitgebreide onderzoeksgroep, aan wie mondeling gevraagd is naar rookgedrag resp.15,3% en 19,1% (6). Blijkbaar is het voor de studenten moeilijker om in een gesprek “face to face” toe te geven dat ze roken, dan anoniem op een enquêteblad.

Het eigenlijke doel van dit onderzoek was om na te gaan of er een verband bestaat tussen rookgedrag, lichaamsbeeld en de verwachting dat roken zou kunnen bijdragen tot gewichtsreductie en of dit verschillend is voor jongens en meisjes. Uit de analyses blijkt dat studenten roken omdat “roken ontspant” en “roken helpt vermageren” als alleen de gepercipieerde voordelen van roken worden beschouwd en dat studenten roken omdat “roken ontspant” en “ roken bevordert sociaal contact” en ook o.w.v. “drive for thinness” als hierbij ook nog de lichaamsperceptie vragenlijst wordt beschouwd. Voor regelmatige rokers is “roken helpt vermageren” een bijkomend belangrijk motief om te roken naast “roken ontspant” en “drive for thinness”. Dus aan de hand van deze vragenlijst lijkt drang om te

vermageren wel degelijk een motief te vormen om te (blijven) roken. Voor de rokende **meisjes zijn “roken ontspant” dan “roken helpt vermageren” en dan “roken bevordert sociaal contact”** motieven om te roken. Voor de regelmatig rokende meisjes is “drive for thinness” een bijkomend motief om te roken naast “roken ontspant” en “roken helpt vermageren”. **Voor de jongens zijn dat “roken ontspant” en “roken bevordert sociaal contact” en niet dat “roken helpt vermageren”.** Dus het gepercipieerde ontspannende effect en het idee dat roken sociaal contact bevordert, blijken heel belangrijke motieven te zijn om te roken voor zowel de jongens als de meisjes. Vermageringsdrang en het gepercipieerde voordeel dat roken helpt te vermageren, blijkt voor de meisje een belangrijk motief te zijn om te roken.

In een kwalitatieve studie van het VIG m.b.t. geslachtsverschillen is a.h.v. focusgroepen niet naar voren gekomen (17) dat meisjes met vermageren bezig waren en daarvoor roken gebruikten, alhoewel jongens wel dachten dat meisjes dit deden. Misschien was dit omdat focusgroepen “face to face” zijn en onze vragenlijsten anoniem.

De slankheidsbezorgdheid bij meisjes (11-14 jaar) (18) (19) vormt een gepercipieerd voordeel van roken voor deze meisjes. Want meisjes denken slanker te kunnen worden door te roken. Dit kan de rookstart verklaren bij de jongere meisjes. Ze denken dikker te worden als ze stoppen met roken. **Lichaamsperceptie speelt bij de onderzochte niet - rokers geen rol bij rookstart.** Waarschijnlijk komt dit omdat het begin met roken al is gebeurd op veel jongere leeftijd. Deze studie gaat over 18 jarigen, dit is niet de leeftijdscategorie van de “starters”. Dus de rokers zijn initieel gestart o.w.v. multiple factoren. Deze vraag is hier niet gesteld, wel waarom ze er nog niet mee gestopt zijn en blijven roken. Eén van de eventuele rookstart factoren kunnen dieetredenen geweest zijn en zodoende kunnen deze er nu toe bijdragen dat ze blijven roken om “dun” te blijven en de schrik “di” te worden.

Uit het bovenstaande blijkt dat **“roken verslechtert de conditie” en “roken is slecht voor de gezondheid van anderen” geen rol spelen voor de rokers.** Ze spelen in deze studie ook geen significante rol bij rookstop. Waarschijnlijk komt dit omdat de eerstejaarsstudenten voor de gezondheidsfactoren nog te jong zijn en nog niet aan hun conditie denken, of niet sporten en het verschil niet merken met leeftijdsgenoten, het sociale weegt door.

Algemeen kunnen we hieruit besluiten dat het verwachte ontspannende effect en het idee dat roken sociaal contact bevordert heel belangrijke motieven blijken te zijn om te roken voor zowel de jongens als de meisjes. Vermageringsdrang (“drive for thinness” (uit EDI)) en het gepercipieerde voordeel dat roken helpt te vermageren blijkt een belangrijk motief te zijn om

te roken, vooral bij meisjes en minder bij jongens. Voor rookintentie (bij niet-rokers) en stopintentie (bij rokers) spelen deze factoren minder een rol. Voor meisjes was er dus een significante trend dat hoe hoger de gewichtsbezorgdheid, hoe hoger het rookgedrag.

Deze gegevens hebben **consequenties voor tabakspreventie en rookstopcampagnes bij studenten**, namelijk dat rokende studenten vooral roken o.w.v. het ontspannend effect, drang om te vermageren en ter bevordering van sociaal contact. Daarom zouden gezondheidsgerateerde projecten beter gericht zijn op deze factoren, dan enkel op gezondheidseducatie.

Aan de K.U.Leuven is er ook reeds verdere research gebeurd a.h.v. een computerenquête naar leefwijzen en gezondheidsrisico's bij de 2^e en 4^e jaars studenten. Verder is men al bezig aan de opzet van een rookpreventiebeleid bij de personeelsleden en zijn er voorbereidingen getroffen voor een pilootproject bij de studenten. Hierbij wil men a.h.v. de minimale interventiestrategie, aangeleerd aan de preventieve artsen, studenten recrutereren o.a. tijdens de eerstejaarsonderzoeken aan de K.U.Leuven (secundaire preventie). Deze studenten kunnen dan deelnemen aan een rookstopprogramma. Hierbij zal nauw samengewerkt worden tussen het preventief en curatief gezondheidscentrum.

Best wordt er nog literatuursearch gedaan naar de mogelijke ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsbevorderende projecten m.b.t. deze specifieke onderzoeksgegevens.

Hierbij zouden rollenspelen gesuggereerd kunnen worden, waarin via modeling volgende vaardigheden kunnen aangeleerd worden.

- Het aanleren van stresscopingsvaardigheden, zodat de studenten op een andere manier met "stress" zouden kunnen omgaan dan zich te verlaten op het "ontspannende effect" van roken.
- Sociale vaardigheidstrainingen organiseren om in te spelen op sociale contactname zonder zich te moeten berusten op het "sociaal contact bevorderende" effect van roken.
- Inspelen op de vermageringsdrang door de connotatie "ideaalbeeld is slanke dame" (cf.reclame) te doorbreken. Zodat een kleine gewichtstoename niet negatief meer hoeft te zijn en dat "roken helpt vermageren" niet meer als een voordeel wordt gezien om dit ideaal beeld te bereiken.
- Gewichtstoename proberen te beperken in een rookstopprogramma, a.h.v. voedingsadvies en psychologische begeleiding.

Hoofdstuk 6. Samenvatting

Uit de literatuur blijkt dat roken nog steeds een veel voorkomend gedrag is, met ernstige gezondheidsrisico's. Daarom zijn tabakspreventie en rookstopcampagnes erg belangrijk. Ook aan de KUL waar 15.3% meisjes en 19.1% jongens roken, wil men aan tabakspreventie doen. Het is belangrijk hiervoor een idee te hebben over de determinanten die van invloed zijn op rookgedrag en welke de verschillen zijn tussen mannen en vrouwen hieromtrent. Uit de literatuur blijkt bij vrouwen roken belangrijk te zijn m.b.t. vermageringsdrang. Na rookstop komen zowel mannen als vrouwen bij in gewicht. Ook uit de studie aan de KUL blijkt "roken om te vermageren" een belangrijk gepercipieerd voordeel te zijn van roken voor meisjes en niet voor jongens. Zowel voor jongens als voor meisjes blijkt de factor "roken bevordert sociaal contact" de belangrijkste factor te zijn en ook "roken om te ontspannen" blijkt een significante factor te zijn van rookgedrag bij de eerstejaarsstudenten. Er werd geen significantie gevonden voor "roken is slecht voor de conditie" en "roken is nadelig voor de gezondheid van anderen". Dit impliceert voor tabakspreventie naar deze bevolkingsgroep een specifieke aanpak, waarbij men best rekening houdt met bovenstaande factoren.

Literatuurlijst

1. Brug. J et al. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak.* Assen, van Gorcum 2000; hoofdstuk 1,4,6,7,12.
2. Joossens L. *Roken in België in 2002. De Wakkere Consument* 15 februari 2003; 129.
3. Joossens L. *Documentatiemap roken. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, 2002.*
4. Lambert M. *De problematiek van roken. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie vzw* 2003.
5. Moreau L en De Kind H. *De gezondheidsdoelstellingen '98-'02: een tussentijdse evaluatie. Evolutie van het rookgedrag in Vlaanderen. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg, Entiteit Beleidsondersteuning, Team beleidsevaluatie* 10 juli 2002.
6. Sisk M. *Jaarverslag Studentengezondheidszorg 2002. Studentenvoorzieningen K.U.Leuven.*
7. Vereecken C, Maes L. *Jongeren en Gezondheid 1990-1994-1996-1998. Universiteit Gent, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde.*
8. Vereecken C, Maes L. *Jongeren en Gezondheid 2000. Universiteit Gent, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde.*
9. Kinable H. *Resultaten van de leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school: schooljaar 2000-2001. In H. Cloots & P. Hooft (Red.), Gezondheidsindicatoren 2000. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002 (in druk).*
10. Cloots H, Hooft P. *Gezondheidsindicatoren 1999. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg, Entiteit Beleidsondersteuning – team beleidsevaluatie augustus 2001.*
11. Koninklijke Academiën voor Geneeskunde van België. *Gezondheidszorg: actuele standpunten, advies inzake een effectief tabaksbeleid 29 september 2001. Tijdschr. Voor geneeskunde 2001; 57(24): 1709*
12. Hoengenaert JP. *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. Berchem 2001. Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen vzw. Huisarts Nu 2001;30: 242-54*
13. De Vries H. *Smoking prevention in Dutch adolescents. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht. 14 december 1989*
14. De Bourdeaudhuij I, Crombez G. *Motiveren van patiënten tot gedragsverandering. Tijdschr voor Geneeskunde 2000; 56 (19):1417-24*

15. Grugeon T. *De perceptie van roken bij jongeren. Niet gepubliceerde Licentiaatsverhandeling, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, K.U.Leuven 2001.*
16. Flay B.R., d'Avernas J.R., Best J.A., Kersell M.W., Ryan K.B. *Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. In P. Mcgrath and Fire stone (Eds.), Pediatric and Adolescent Behavioral Medicine;132-183*
17. Lambert M, Verduyck P, Van den Broucke S. *Summary of the literature on young people, gender and smoking. Hublet A., Lambert M., Verduyck P, Maes L, Van den Broucke S. (Eds.), Gender differences in Smoking in Young People . Brussel: Flemish Institute for Health Promotion, 2002.*
18. Crocker P et al. *Smoking behaviour and dietary restraint in young adolescent girls: the role of physical self-perceptions. Revue canadienne de santé publique november – december 2001;92:428-432*
19. Simone A et al. *Weight concerns, dieting behavior and smoking initiation among adolescents: a prospective study. American Journal of Public Health. November 1994;84(11):1818-20*
20. Victoir A, Van den Broucke S, Van den Berghe Omer. *Attitudes omtrent gezondheidsgerelateerd gedrag, van concept naar meting. Gedrag en Gezondheid 2001; 29 (5): 291-305*
21. Probst M, Van Compennolle H, Vandereycken W. *Lichaamsattitudevragenlijst. Simons J, Actuele themata uit de psychomotorische therapie. Jaarboek 1998. Acco Leuven, Amersfoort: 79-89*
22. Evans C, Dolan B. *body Shape Questionnaire; Derivation of Shortened "Alternate Forms". International Journal of Eating Disorders 1993, 13 (3); 315-321*
23. Ben-Tovim D, Walker MK. *The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. Psychological Medicine, 1991;21:775-784*
24. Garner DM *Eating Disorder Inventory-2, Professional Manual. Psychological Assessment Resources.*
25. Mudde AN, Willemsen M., Kremers S, De Vries H. *Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken*
26. *Bulletin World health organisation. Plans for international convention to control tobacco move ahead. 1997; 77: 293-4*
27. Hublet A, Lambert M. *Stoppen met roken. Richtlijnen voor intermediairen, Effectiviteit van de diverse methoden en gebruik bij doelgroepen, Leuven, Apeldoorn: Garant.2000.*
28. Lloyd B, Lucas K. *Smoking in adolescence : images and identities, London : Routledge. 1998*

29. Galanti L. Medische begeleiding bij rookstop. *Tempo Medical*, Februari 2002: 12-17
30. Prignoot J. Hoe kan men het roken afleren? *Ann. Med. Milit. Belg.* 1991; 5(2): 81-85
31. opmerking ook nog artikel voor studieopzet te beschrijven (vgl met andere studie)
32. US Department of Health and Human Services. *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General.* U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 451-546
33. Chollat-Traquet C. *Women and tobacco*, Geneva: World Health Organisation. 1992
34. Samet JM, Yoon SY), *Women and the Tobacco Epidemic, Challenges for the 21st Century*, Canada: World Health Organisation in collaboration with the Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health. Ed. 2001
35. Van Breukelen GJP, Berger MPF. *Dwalingen in de methodologie. XXI. Hoe te komen tot een gewogen totaalscore van afzonderlijke scores op een vragenlijst.* *Ned Tijdschr Geneesk* 12 augustus 2000; 144(33):1580--84

Bijlagen

1. Voorblad: brief aan de studenten
2. Enquête zelf
3. Legende gebruik bij de data – invoer